

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

Kiadja és a magyar egyetemek tanárainak, a fő- és székvárosi közkórházak és egyéb gyógyintézetek fő- és rendelő orvosainak, továbbá köz- és magán-gyakorlat terén működő kartársaknak közreműködésével

SZERKESZTI: HÖGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

Társak a rovatok szerkesztésében: Bókay Árpád, Dollinger Gyula, Fodor József, Genersich Antal, Jendrassik Ernő, Kézmárszky Tivadar, Klug Nándor, Korányi Sándor, Lenhossék Mihály, Pertik Ottó, Plósz Pál, Réczey Imre, Tauffer Vilmos, Thanhoffer Lajos egyetemi tanárok.

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Illyés Géza: Közlemény a budapesti kir. m. t. egyetemi I. sebészeti klinikáról. Igazgató Dollinger Gyula dr. egyetemi ny. r. tanár. A hydrocele kezeléséről és a Winkelmann-féle eljárásról. 128. l.

Reach Dezső: Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem II. (Réczey Imre tanár) sebészeti klinikájáról. A hydrocele gyökeres műtétének értéke. 130. l.

Ónodi A.: A gégechorea (chorea laryngis) kérdése. 132. l.

Venetianer Jakab: Mola hydatosa egy esete. 134. l.

Tárcza, Juba Adolf: A gyengehetőségük oktatása. 135. l.

Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. Áldor Lajos: A kerek gyomorfekély gyógykezelésének mai állása. 136. l. — Könyvismertetés. R. Stern: Über traumatische Entstehung innerer Krankheiten. 137. l. — Lapszemle. Általános kör- és gyógytan. Reineboth: A vérnek lehülés következtében beálló változásairól. (Marikovszky György.) — Belgyógyászat. Chipault: Meralgia paraesthetica. (—ts.) — Philippe

és Eberthür: Syringomyelia. (—ts.) — Nicolaier: Kísérleti és klinikai tapasztalatok az urotropinról. (Kövesi Géza.) — Frank: Mucinálvadék a vizeletben. (Kövesi Géza.) — Szülészeti. David Ferrup Doherty: A magzat sérüléseiről szülés alatt. (Kubinyi Pál.) — Fleischlen: A retroflexio gyógyításának mai állása. (Csiky János.) — Bőrgyógyászat. F. Roth: 12 éves fiúnál fellépett kankó-cset. (M. T.) — Colombini: Halálosan végződő érdekes syphilis-eset (M. T.) — Kisebbségi közlemények az orvosgyakorlatra. Belső vérzésknél vízelvonás. — Naunyn: Cholelithiasis. 138—139. l.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — A budapesti orvosok szövetségének közgyűlése. — A tisztiorvosi vizsgák bizottsága. — A közegészségügy a képviselőházban. — Az Országos Orvos-Szövetség igazgató tanácsa. — A budapesti városi Glück-féle sanatorium és vizsgyógyintézet. — Megjelent. — Elhunyt. — Szt Lukács-fürdő. — Herczel dr. — Baumgarten Samu dr. — 140. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti kir. m. t. egyetemi I. sebészeti klinikáról. Igazgató Dollinger Gyula dr. egyetemi ny. r. tanár.

A hydrocele kezeléséről és a Winkelmann-féle eljárásról.

Illyés Géza dr. klinikai tanársegédétől.

Az olyan gyakori megbetegedések, mint a hydrocele, gyakran foglalkoztatják az orvosokat; igyekeznek olyan gyógyító eljárásokat találni, melyek egyszerűek, veszélytelenek, de azért eredményeikben biztosak.

A hydrocele gyógyításában arra törekszünk, hogy az endothellal kibélelt üreget, hol a folyadék meggyűlemlik, eltüntessük s ezen módon lehetetlenné tegyük a betegség kiújulását.

Elérhetjük ezt vagy a befeeszkendési eljárásokkal, midőn a folyadék kibocsátása után valamely összenövést létrehozó anyagot viszünk be a hydrocele üregébe, vagy a különböző véres műtétekkel, midőn a zsákot fel-, illetőleg kimetszszük s ilyen módon akarjuk annak üregét eltüntetni.

Legelterjedtebb eljárás volt hosszú ideig a punctio s izgató folyadékok befeeszkendése a hydrocele zsákjába, akár úgy, hogy a folyadékot bizonyos idő múlva megint kieresztjük, akár pedig úgy, hogy benne hagyjuk; a cél, mit elérni akarunk, az adhaesív lob létrehozása.

A Velpéau által ajánlott jodot alkalmazzuk leggyakrabban befeeszkendési folyadék gyanánt akár tinctura, akár Lugol-oldat, vagy jodoform-glycerin alakjában.

A jod lobot indít meg a hydrocele zsákjában, fibrinosus izzadmány keletkezik, mely a falakra felrakódik, sőt a kötőszövetbe beivódik, úgy hogy jelentékeny elváltozások lépnek fel nemcsak az endothel rétegben, de az alatta levő felületen kötőszövetben is; gyógyulásnál a savós hártában lefolyó organisatio és regeneratív folyamatok kellőképen megmagyarázzák, hogy az előbbi kiizadási folyamat megszűnik s a zsák obliterálódik falai-

nak összenövése által. Ezen összenövések azonban a herére nézve nem egészen közömbösek, mert Kocher a befeeszkendezés után 4—8 év múlva vizsgált egyéneknek azt találta, hogy a here a scrotumban ugyan többnyire szabadon mozog, de sokkal tömöttebb, mint a normalis és felületén szabálytalanul szemeses.

Gosselin meg éppen azt állítja, hogy a savós hártya lemezeknek jod befeeszkendezés által elért összenövése után az ondóképződés akadályoztatik annyira, hogy magtalanság állhat be, mert a savós hártya összenövésekből kiindulólág scerlotizáló kötőszöveti gyuladás léphet fel, mely a here állományára folytatódik, a mint ezt haematocelenél már előbb is észlelték.

Az eljárás különben az, hogy a hydrocele folyadék kibocsátása után befeeszkendünk a jodtartalmú folyadékból bizonyos mennyiséget, melyet egy pár percz múlva kieresztünk. A lobos reactioja 2—3-dik napon kezdődik, de addig is a betegnek erős fájdalmai vannak.

A lob és duzzanat nő a 6-dik napig, lázak jelentkeznek, azután a tünetek lassan visszafejlődnek, úgy, hogy a beteg 14—15 nap után a kórházat elhagyhatja; egy pár hét azonban beletelik, míg a here egészen normalis állapotba jut.

A mi a jodbefeeszkendések utáni eredményeket illeti, erre vonatkozólag több statisztikai adat áll rendelkezésünkre, melyekből kitűnik, hogy a kezelt eseteknek átlag 10—15%-ában recidiva keletkezik.

Sokan tettek kísérletet hígított vagy concentrált carbolsavnak befeeszkendésével, de nem oly kedvező eredménnyel, mint a hogy várták.

Az elterjedtebben alkalmazott Levis-féle eljárás szerint a hydrocele punctioja után 2—6 gramm tisztá carbolsavat kell befeeszkendezni, mely 5—10%-ra vízzel vagy glycerinnel van felhígítva; a befeeszkendések nem fájdalmasak, mérgezések nem fordulnak elő, s a betegek állítólag azonnal dolguk után láthatnak.

A concentrált carbolsavnak hatásmódja különben olyan, mint a jodtincturáé. Kochernek alkalma volt anatómiai vizsgálatot végezni 6 nappal egy ilyen befeeszkendés után egy 66 éves embernél; azt találta, hogy a cavum vaginale 1/2 cm. vastag-

ságban ki volt töltve fibrinosus tömegekkel, melyek helyenként könnyen voltak eltávolíthatók, helyenként azonban szorosabban tapadtak, úgy hogy az eltávolításnál itt vérző, finoman edényezett sarjadzások voltak láthatók.

Egyes helyeken finoman rostozott hártát lehetett a felületről lehúzni.

Egy másik egyénél, kinél 7 nap előtt minden helybeli reactio nélkül $2\frac{1}{2}$ gramm concentrált carbolsav lett befeesken-dezve, gyengén vöröses-sárgás izzadmányt, a here felületén pedig fibrinosus rostokat és kötegeket talált.

A lobos reactio fellépte s a szöveti elváltozások tehát ugyan-azok, mint a jodtinctura befeeskenés után, de a hatásmódban úgy látszik fokozati különbség van.

Egyéb anyagok közül, melyeket befeeskenésre használnak, felemlíthetjük még a zineum sulfuricumot (0.25:32), chlorzink-oldatot (8%), ergotint (0.03—0.06—20 csepp vízre), alcoholt, chloralhydratot (3—8 gr. egyenlő mennyiségű vízzel), chloroformot, tinctura digitalist, hígított lapis-oldatot, kölni vizet, sublimatot (1‰).

Ezen eljárásoknál a gyógyító hatány mindenütt ugyanaz, t. i. izgató folyadékoknak befeeskenése a hydrocele üregébe, a melyek ott lobot és a hydrocele zsák falainak összenövését hozzák létre; azonban kiújulások elég gyakran következnek be.

A befeeskenési eljárásokkal szembeállíthatók az operatív vagy radicalis eljárások, hol recidivák sokkal csekélyebb számban észleltek; ezeknek keresztülviteléhez azonban bizonyos sebészi jártasság szükséges.

Volkman volt az első e téren, ki a műtétet úgy végezte, hogy a tunica vaginalis propria széles felhasítása és 3‰ carbollal való kiöblítése után annak szabad széleit a hereborék bőrével összevarrta, úgy hogy a here belegyógyult a tátongó sebbe.

Nyomókötést is alkalmazott azért, hogy a tunica vaginalis a heréhez mindenütt oda feküdjék, a körülözgett sebszél pedig nyitva maradjon.

A betegek 8-dik napon felkelnek s suspensoriummal járkál-hatnak, azonban a bőrsebnek teljes gyógyulása egy pár hétbe kerül.

Gyógyulás az aseptikus műtéténél úgy következik be, hogy a tunica vaginalis propriának fali és zsigeri lemezei felületes adhaesiv lobosodás által összetapasztatnak, midőn az egész üreg eltűnik s recidiva nem keletkezik.

Féltek ugyan, hogy ezen obliteratio a here vérszegénységé-hez s így az ondó elválasztás csökkentéséhez vezetne, a mint ezt Gosselin adhaesiv periorchitisek (Kocher) után ki is mutatta, azon-ban rendszeren a savós hártya lemezek lobos összetapadásánál fejlődő kötőszövet oly felületes, hogy annak utólagos heges zsugorodásáról s ez által okozott nyomásról szó sem lehet. Másképp alakulhatnak a viszonyok azon esetekben, a hol valamely complicatio zavarja a sebzésnek aseptikus lefolyását, hol tehát genyvedések, elhalá-sok lépnek fel, melyek után erős kötőszöveti burjánzás, majd annak heges zsugorodása következnek be; különösen, ha ez a zsigeri lemezen történik, akkor a zsugorodó hegnek nyomása a herére és mellékherére káros következményekkel járhat.

A mi a Volkman műtét utáni eredményeket illeti, észlel-hető néha az, hogy a savós hártya lemezei lazán és nem egész kiterjedésükben nőnek össze, úgy hogy visszamaradnak kis el-tokolt savós hártával beborított üregek, hol újból hydrocele-folyadék gyűlhet meg.

A Volkman-féle műtét ellen felhozható, hogy a gyógyulási időtartam nagyon hosszú, mely idő alatt a betegek folytonosan ki vannak téve az infectio veszélyének s azután a recidivák sinese-nek kizárva, mert ez az eseteknek csekély százalékában bekövet-kezik.

Haladást képez e téren a Bergmann-féle műtét, midőn az ejtett sebet bevarrjuk, tehát az elsődleges gyógyulás feltételeit megadjuk s a mely abból áll, hogy a tunica vaginalis propria felhasítása után annak fali lemezét a tunica vaginalis communis-ról, valamint az ondósinóról közel a heréig, illetőleg a mellék-heréig tompán leválasztjuk s kiirtjuk; a vérzés csillapítása után a bőrsebet varratokkal egyesítjük; 10—12 nap múlva a betegek gyógyultan távoznak s munkájuk után láthatnak.

Felemlíthetők még: Juillard eljárása, ki a tunica vagi-nalis felesleges részét kivágja, csak annyit hagy meg belőle, a

mennyivel a herét beboríthatja s így a normalis viszonyokat igyekszik helyreállítani.

Reclus a tunica vaginalisnak csak belső lemezeit vágja ki, a vérzés tehát minimalis.

Ha a savós hártya nagyon vékony és puha, akkor abból csak kis darabokat vág ki; a zsigeri és fali lemezeket jól be-dörzsöli 5‰ carbol-oldattal s azokat ismét összevarrja.

Storp a tunica vaginalis izolálása után a zsákot felhasítja s esomós varratokkal összeráncolja, úgy hogy a tournister körül összegyöngyölt katonaköpenyeg módjára a here körül ujjnyi vas-tag ránczot képez.

Az első sebészeti klinikán utóbbi időben Dollinger tanár a Winkelmann által ajánlott műtétet honosította meg, melyet a követ-kező módon végzünk: Schleich-féle oldat bőr alá feeskenésével érzéstelenítjük a műtési területet. Bemetszés a bőrön, a hydrocele zsákjának felhasítása olyan terjedelemben, a milyen hosszú a here, hogy azt a nyíláson keresztül ki lehessen bújtatni.

A hydrocelefolyadék elfolyása után a herét a nyíláson keresztül előhúzzuk s a tunica vaginalis propriát keztyűujjszerű-leg kifordítjuk, úgy hogy a nyílás az ondósinórnak a herébe való belépési helyére jut a mellékhere mögé; hogy a kifordított burok vissza ne fordulhasson, a tunica vaginalis proprián ejtett hasadékot, melyen át a herét kibujtattuk, kisebbitjük egy-két esomós varrat alkalmazása által, vigyázva azonban arra, hogy az ondósinór ne szoríttassék. Most az egész herét a kifordított zsákkal együtt a borékba visszahelyezzük, úgy hogy a kifordított tunica vaginalis propria felülete egész terjedelmében a kötő-szövetes tunica vaginalis communissal érintkezik.

A herének a borékba való visszahelyezése néha nehéz, mert a sebürege összehúzódik; ilyenkor Dollinger tanár úgy jár el, hogy a sebüregebe helyezett két ujjával a szövetek tompa széthúzása által akkora üreget alkot, melyben a here kifordított burkával együtt jól elfér.

A bőrsebet varratokkal zárjuk el s collodiumba áztatott kis gazezsíkkal, illetőleg a Dollinger tanár által alkalmazott kaucukpapirossal, melyet ráöntött chloroformmal feloldunk, borítjuk.

12 esetben hajtottuk végre ezen műtétet, legnagyobbbrészt Schleich-féle helybeli érzéstelenítéssel; két esetben, hol a meglevő sérvnek radicalis műtétét is végeztük, chloroform-narcosisban operáltunk; a műtét tartama 5—8 percz; a betegek fájdalomról egyáltalában nem panaszkodtak.

Gyógyulás minden esetben per primam következett be. A betegek a 3-dik napon felkeltek, utolsó eseteinkben a műtétet ambulans betegeken végeztük.

Egy esetben a beteg magától nem tudott vizelni, hanem katheterizálni kellett. Negyedik napon a beteg felkelt, akkorra a vizelet megindult s a 10-dik napon gyógyult.

Egy másik esetben a műtét után egy pár órával kénytele-nek voltunk az állandó vérszivárgás miatt az összevarrt sebet felnyitni s jodoform-gaze-zel tamponálni; a beteg említette azonban, hogy kis sérülések után is mindig igen sokáig vérzett. Második napon másodlagos varratott csinálunk, 6-dik napon suspensorium-mal távozik.

Általában a here a műtét utáni napokban kissé megnagyob-bodott, a scrotum bőre kissé oedemás szokott lenni; volt alkal-mam egyik esetünket egy fél esztendővel a műtét után látni; itt az operált hereborék valamivel nagyobb, mint a másik, a here normalis nagyságú és tapintatú, a mellékhere szintén. A műtési heg az alapjához rögzített, a here azonban a scrotumban szabadon mozgatható, a lágyékesatorna külső nyílásába jól feltolható s a kifordított burkot alig lehetett tapintani.

Azt megtudandó, hogy a kifordított savós hártya a kör-nyező kötőszövettel jól összenő-e, állatkísérleteket végeztem.

Kutyáknál a tunica vaginalis propria fali lemezének fel-hasítása után azt kifordítottam, egy-két esomós varrattal a vissza-fordulás ellen biztosítottam, s a sebet elzártam.

Egy esetben 8 hét múlva az illető herét a herezacskóval együtt kimetszettem; a makroszkopikus lelet következő volt: a megkeményítés után készített harántmetszeten jól látható, hogy a hereborék a here elülső s oldalsó felületével közvetlenül össze van növe; ezen összenövés, mely még halavány rózsaszínű edény-

zett kötőszövetrétegből áll, nemesak a here elülső, hanem a belső, sövény felé néző részén, valamint a mellékhere oldalsó felületén is megvan; itt mindenütt a zsigeri lemez a szemközt fekvő kötőszöveti réteggel összetapadt.

Megjegyzendő, hogy azon rés, mely a herére ráboruló mellékhere elülső felszíne és vele szemközt fekvő hátulsó here felszín között van, azaz a sinus epididymidis letapadást nem mutat, a mennyiben itt a műtét daczára kis savós hártya felszínnek maradnak vissza egymással szemben, kis, teljesen elzárt rést képezve.

Egy esetben egy hét múlva a műtét után távolítottam el a herét a borékkal együtt, midőn a kifordított borék és a szemközt fekvő kötőszövet között finom összenövés volt látható, kivéve a sinus epididymidist, hol kis összenövést nem mutató üreg maradt vissza.

Góreső alatt Winternitz dr. műtőnövendék úr vizsgálata szerint a következő látható: a 8 hetes készítményből készült metszeteken a hashártya alatti laza kötőszöveti réteg a here domború felületein közvetlen összetapadást mutat a zsigeri savós lemezzel; e helyeken az endothel réteg mindenütt hiányzik s a tunica albuginea rostos kötőszövege közvetlenül megy át a hozzája simuló tunica vaginalis laza kötőszövetébe, a nélkül, hogy e helyen akár a tunica vaginalis, akár pedig a vele érintkező kötőszöveti réteg részéről szembeötlő jelenségek látszanának. E helyeken a kötőszöveti sejtek valamivel nagyobbak, fibroblast jellegűek, de tetemesen felszaporodva nincsenek.

Ilyen képet nyerünk a műtét utáni 8-dik hétben; a sinus epididymidis azonban obliterálódva nincs, hanem egy minden oldalról elzárt és normalis endothellel bélelt rés alakjában a harántmetszeteken felismerhető. Nyolcz nappal a műtét után a következő képet kapjuk: a here elülső domború felszínén a borék kötőszövege közvetlenül ráfekszik a savós hártyrára és már közvetlen összetapadást mutat; az oldalsó felületeken hátra a sinus epididymidis felé közeledőleg összetapadás még nincs, hanem a here savós burka és a vele szemben fekvő boréki kötőszövet között egy finom rés van jelen, mely vékony fibrinrezeréteg által van kitöltve; ezen fibrinréteg határán, a here savós burokjá felé éles s így közte és az albuginea között egy-két rétegben duzzadt magú és intensivebben festődő protoplasmájú endothel-sejtek fekszenek szabálytalan elrendeződésben; a borék kötőszövege felé ezen fibrinréteg nincs élesen határolva, hanem finom reczék alakjában egyenletesen folytatódik át ennek nyirküreibe és rostközötti hézagába, azaz ezen réteg plastikus nyirokkal van átvívva. Míg a tunica albuginea kötőszöveti rétege teljesen normalis, addig az utóbbi a fibrinátívódás mellett még csekély kereksejti beszűrődést is mutat.

A sinus epididymidis tájékán a leirt fibrinréteg a legnagyobb vastagságot éri el, míg maga a sinus teljesen üres s endothel borítéka sem mutatja azon szaporodást és duzzadást, mint azon helyeken, hol vele szemben a borék csupasz kötőszöveti rétege fekszik.

Ezen szövettani leletből tehát láthatjuk, hogy, midőn a műtét eljárásnál a here savós hártájának zsigeri és kiterített fali lemezével szembe fektetjük a borék lecsupaszított legbelső kötőszöveti rétegét, azokon a helyeken, hol a kötőszöveti réteg a savós hártjával közvetlenül érintkezik, összetapadás jön létre az említett fibrinréteg közreműködésével, míg azokban a zugokban, hol két savós hártya felszín fekszik egymással szemközt, összetapadás nem jön létre; az összetapadás organisatio s regeneratív jellegű, tehát a sebek elsődleges összetapadásának felel meg.

A mi ezen műtét eljárásban előnyös, az az, hogy — mint általában minden véres műtétnél — közvetlen szemlélés által meggyőződést szerezhetünk a herének, mellékherének vagy burkoknak állapotáról s határozhatjuk el magunkat esetről esetre ezen, vagy pedig más, az esethez alkalmasabb műtét módor folytatására; technikája rendkívül könnyű és egyszerű, a műtét narcosis nélkül végezhető a Schleich-féle infiltratio érzéstelenítéssel, mert a metszés kicsi, a beavatkozás rövid ideig tart; a kötés lehet egyszerű collodiumba áztatott gaze-esík, illetőleg kaucuk-papiros, nyomó kötésre nincs szükség, mert a vérzés minimalis lévén, utóvérzéstől nem kellett tartanunk; gyógytartam rövidebb, mint bármely más műtétnél, mert míg a punctio és befeeskenési eljárásoknál az

átlagos gyógytartam 15 nap, a többi véres műtétéknél 10—20 nap, addig ezen műtét után a betegek rendszerint a 8-dik napon teljesen gyógyultak és munkaképesek.

A műtét a legegyszerűbben és minden gyakorló orvos által kivihető módon végezhető, úgy mint azt az utóbbi esetekben végeztem, hol a szokásos komplikált és fájdalmas desinfiálási módszerek helyett a Mikulicz által ajánlott kaliszappan-szeszszel való desinfiálást használtam. Az ambulans-betegeknél a herezacskót megborotválván, kezeimet, valamint a műtét területét kaliszappan-szeszszel desinfiáltam egy pár perc alatt.

Ez a betegnek egyáltalában nem volt annyira kellemetlen, mintha frissen megberetvált herezacskóját abszolút alkohollal s sublimattal dörzsöltük volna; Schleich-féle helybeli érzéstelenítés, bemetszés, kifordítás, varrat, collodium, kötés.

Az egész eljárás a desinfiálástól a kötés feltevéseig 12 perczig tartott.

Ambulans kezelés, a beteg 2—3 napig lehetőleg keveset jár, fektünie azonban nem szükséges; betegeink minden nap bejöttek a klinikára magukat megmutatni, a nélkül, hogy az nekik nagyobb kellemetlenséget okozott volna.

8-dik napon a gyógyulás teljes s a beteget suspensoriummal elbocsáthatjuk.

Az eljárás tehát annyira egyszerű és rövid ideig tartó, hogy bármely dologértő orvos által magánháznál is könnyen végezhető.

Vannak esetek, hol ezen egyszerű műtét nem alkalmas, hol a tunica erősen megvastagodott, vagy más kóros változásokat szenvedett, több rekeszű hydrocele eseteiben, vagy ha a hydrocele zsákja igen nagy; ilyenkor legezészerűbb a Bergmann-féle műtétet t. i. a kórosan megváltozott tunica kimetszését végrehajtani. Ezen két műtét valamelyikével rendszeren czélt érünk.

A végleges eredményt illetőleg az idő rövidsége miatt (fél év) kellő tapasztalattal még nem rendelkezünk, azonban a mint az állat-kísérletekből, valamint a hasonló Bergmann-féle műtétékből kitűnik, az összetapadás a kifordított savós hártya lemeze és a borék kötőszövege között létrejön, legfeljebb a sinus epididymidis savós hártjája nem tapad össze, úgy hogy itt a kis elzárt savós hártjával kibélelt üregben újra savógyülem képződhetik, mely azonban, ha az összetapadás egyébként létrejött, nem bir nagyobb fontossággal.

Az összetapadás nem lobos, hanem organisatio és regeneratív, tehát nem vagyunk kitéve annak, mint az összes lobos összetapadást létrehozó eljárásoknál, hogy a lob ráterjedvén a savós hártjáról a herére, ott sclerotizáló kötőszöveti gyuladás támad, mely a here állományára is folytatódhatik s így a here működése nagy mértékben befolyásolva lesz; mert ezen lobosodás az oka Kocher azon leletének, hogy ő 4—8 év múlva a jodtinctura befeeskenés után vizsgált egyéneknek a herét a normalisnál tömöttebbnek és felületén szabálytalanul szemcsésnek találta.

Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem II. (Réczey Imre tanár) sebészeti klinikumáról.

A hydrocele gyökeres műtétének értéke.

Irta Redch Dezső dr. műtőorvos.

Az 1889-dik év elejétől az 1898-dik év végeig, tehát 10 év leforgása alatt a k. m. t.-egyetem 2. számú sebészeti klinikumán 73 hydrocelével bíró beteg fordult meg. E 73 közül 4 csak járó beteg rendelésünkön jelentkezett, róluk közelebbi adatok hiányznak, egy pedig operatio nélkül távozott.

A megmaradt 68 beteg kórtörténeti anyaga sok beces, részben új szempontot nyújt e bántalom kóroktanára, valamint kór- és tünettanára általában; másrészt e klinikum vezetője által kezdettől fogva elfogadott és minden lehető esetben keresztülvitt műtét eljárás eredményei is jogosulttá teszik e közleményt akkor, midőn oly számú esettel vagyunk képesek egy fényesen bevált operatív módszer mellett állást foglalni, melynek ellenzői és „módosítói” még ma is nem annyira tekintély, mint szám által jelentékeny tábor képviselnek.

A hydrocele közfelfogás szerint az érett férfikornak betegsége.

67 esetünk közül a 20 éven aluli életkorra 8 esik, a 20—40 év közöttire 29, a 40 éven felülire 30.

Kocher¹ összeállításában, mely három különböző klinikáról vett 198 esetről számol be, az esetek a 20—40-dik életév közé esnek. Dujat 1000 hydrocelejének fele 26—35 év közé esik.

Volkman-Genzmer-nél:²

14 eset	a 14—19-dik életév között
11 „	a 20—29 „ „ „
31 „	a 30—39 „ „ „
12 „	a 40—49 „ „ „
12 „	az 50—70 „ „ „

fordult elő.

Albers³ 68 esete közül azok fele a 30—40-dik életévek közé esvén, a többi a legkülönbözőbb élet évekre oszlik el.

A mint ezen, teljességre igényt nem tartó, összeállításból látni, adataink a többi szerzőkétől némileg eltérők, a mennyiben a 40 éven túl levők a 20 és 40 év közöttieket majdnem felülmúlják, de közelebből vizsgálva kiderül, hogy épen az ezen korra esők baja eredetében több évre, legtöbb esetben a kritikus életévek határán belülre volt visszahelyezhető; igaz, hogy a megbetegedés időpontjára vonatkozó adatok nem mindig megbízhatók, tekintettel arra, hogy a kevésbé intelligens beteg a már előrehaladottabb, többnyire már alkalmatlanságot okozó megbetegedésről szokott csak tudomást szerezni.

Az erre vonatkozó adataink szerint, két acut hydrocele-esetről nem szólva, a legrövidebb tartam négy hónap volt; egy éven belüli volt 10 eset, egy éven túli 23 eset, ezek közül a legrégebb eset 19 évre terjedt vissza.

Alkalmi okul szolgált vagy szolgálhatott 8 esetben gonorrhoea, 10 esetben trauma (többnyire zúzódás). Egy esetben a hydrocele epididymitis tuberculosa, egy esetben sarcoma testis folytán jött létre, egy esetben pedig lágyéksérvhez társult.

Míg a hydrocele keletkezése és az oknak felvett külerőszaki behatás közötti összefüggés majdnem teljes continuitásban mutatható ki, addig a gonorrhoeikus eredetűeknél az alapbántalom lezajlása és a hydrocele fellépte között néha évek multak el; így pl. egy esetben 5 év. Azon körülmény, hogy legtöbb esetben nem teljesen meggyógyult gonorrhoeákról volt szó, ezen esetekben is valószínűvé teszi a continuitást.

Eseteinkhez hasonló viszonyok és arányszámok vannak Kocher-nél, a kinél 181 eset közül 26-szor volt zúzódás, 22-szer gonorrhoea, és Genzmer-nél, a hol 69 eset közül 12-ben trauma, 8-ban gonorrhoea volt jelen.

Ujabb Louveau⁴ 7 eset tapasztalatai alapján azon meggyőződésre jut, hogy húgycsőszűkület, különösen a pars prostatica urethraeaban a hydrocele létrejöttének első okául szolgálhat, mit szerző a strictura mögötti húgycsőrészeslet chronikus lobjából magyaráz ki, mely lob a vas deferens útján a mellékherére és a tunica vaginalisra terjed át.

Annyi tény, hogy a hydrocele, ellentétben régebbi szerzők általános felfogásával, sohasem társul hydropshoz és majdnem minden esetben terméke a here, burok, ondózsínor vagy húgycső idült secretorikus izgalmanak, habár ez igen sok esetben nem mutatható ki. A mi különösen a gonorrhoeikus eredetűt illeti, valószínűnek tartom, hogy a betegeknek ez irányban történendő szorgosabb vizsgálata a hydrocelet sokkal több esetben fogja mint postgonorrhoeikus megbetegedést megállapítani.

A mi a hydrocele tünettanát illeti, két esetben okozott a betegeknek fájdalmakat, egy esetben (63. sz.) súlyos eczemához és a borék perforáló fekélyesedéséhez vezetett. A legtöbb esetben csak mint járási, egy esetben mint vizeleti akadály szolgált, a hol a borék képzéséhez a penis bőre is járult, különben csak súlya által vált a betegeknek kellemetlenné.

A teriméjében megnagyobbodott borék külső vizsgálata az egyes megbetegedett szervek csak durvább elváltozásairól nyújt képet, így különösen a hydrocele alakját illetőleg.

Régebbi szerzők (Curling, Cooper, Pitha), valamint Kocher is, a hydrocele tipikus alakjának a körteformát tartják; ezen körteformáról kórtörténeteink csak 11 esetben beszélnek, többnyire oly esetekben, a hol a külső lágyékesatorna nyílásától való szigorú elhatároltság is hiányzik; tojásalak 6-szor fordult elő, gömbalak 5-szor; a hosszátmérő megnagyobbodása a cylindrikus alakot háromszor hozta létre, egy esetben (3. sz.) magyar dohányzacskó alakja volt 24 cm. hosszátmérővel, egy (39. sz.) esetben a hengeres alak, 18 cm. hossz- és 10 cm. szélességi átmérővel volt kifejlődve; egy eset alakjáról és óriási méreteiről (39. sz.) a kórtörténethez mellékelte fénykép, valamint az ott említett számok nyújtanak képet.

A here helyzetének megállapítása nem sikerült mindig; helyzetét a másik oldalú herével szemben fokozott, de érzéileg azonos úgynevezett hereérzés (lipothymia) árulta el. Ott, hol kitapintható volt, az esetleges fájdalommasság vagy duzzanat is kórismézhető.

A hydrocelenél a here helyzete Kocher szerint az által van mintegy előre meghatározva, hogy a herét és a mellékhere egy részét a tunica vaginalisba hátulról betolva képzeljük.

Szerinte kis hydroceleknél a here felül hátul, közép nagyságúaknál (férfiökölmeckorosság) alul hátul, a közép nagyságúaknál nagyobbaknál (csecsemőfej és még nagyobb) ismét hátul felül található, a mely helyzete a herének a tunica kitágulásának útjába eső akadályoktól függ.

A kis hydroceleknél a burok kitágulása előre és lefelé történik, közép nagyságúaknál a lefelé való tágulás már megakad és inkább felfelé nyer utat, a mely irányban továbbnövekedésnek a lágyékgyűrű vetvén gátat, a növekedés ismét lefelé folytatódik.

A here helyzetének ezen a hydrocele nagyságához való viszonya saját eseteinkben is észleltetett:

Alul hátul találtatott a here	17-szer
felül „ „ „ „	6-szor
alul elül „ „ „	1-szer.

A radicalis metszéssel operált betegeknek a here állapotáról autopsia útján szerezhetünk tudomást. A here, illetve a mellékhere lobos duzzanata 9 esetben, a here és mellékhere tuberculosisa egy esetben találtatott (28. sz.), egy esetben pedig sarcoma testis miatt (7. sz.) castratio végeztetett, melynek indicatioi csakis a here, illetőleg mellékhere közvetlen megsemmisítése által voltak megállapíthatók.

A 23. számú esetben a tunica kötőszöveti túltengése mellett a teljesen zsugorodott here a tunica lemezeibe volt ágyazva.

A megbetegedés 37-szer fordult elő jobboldalt, 24-szer baloldalt, 7 esetben kétoldalú volt a baj, egy esetben tisztán az ondózsínór vízsérve volt jelen.

Az esetekben a jobboldalnak sűrűbb részvétele a véletlennek tulajdonítható, annál is inkább, mert a szintén okul felvett gonorrhoeikus mellékheregyulladások tudvalevőleg baloldalt sokkal gyakoribbak.

A mi a therapiát illeti, e helyütt a klinikumon divó műtéti eljárás és annak eredményeinek ismertetésén kívül csak annak megemlítésére és felsorolására akarunk szorítkozni, a mi a radicalis metszésnek Volkman-tól nyert általánosítása óta mint módosítás vagy javítás produkáltatott.

A 2. számú sebészeti klinikumon két külön felemlítendő esetet kivéve, 1893 óta csakis a Julliard-Bergmann-féle műtéti eljárás alkalmaztatott, ezt megelőzőleg pedig a punctio Lugol-féle oldat befecskendezésével.

Mindkét operatív typus ismerete ősrégi, a befecskendezést Velpeau szerint már Celsus és Guy de Chauliac, a radical felhasítást már Galen ismerték.

A borék felhasítását és a tunica részleges eltávolítását már 1838-ban megjelent „Sebészeti műtétan alapvonalai“ című művében id. Réczey Imre, akkori sebészeti első assistens, oly classicitással írja le, hogy azon ma sincs mit változtatni.

A tunica vaginalis összevarrását a borék bórrel Beck Bertalan ajánlotta először (Deutsche Klinik 1897), vele egyidejűleg Busch, az első kötőszöveti genysülyedések, a másik a tunica vaginalis vérzéseinek megállítására.

¹ Kocher. Die Krankheiten des Hodens etc. Deutsche Chir. 50 b.

² Genzmer A.: Der Hydrocelenschnitt. Volkman's Sammlung 1878.

³ W. Albers: Beitrag z. Stat. der Hydrocele. Ctbl. fr. Ch. 1884. Nr. 41.

⁴ Louveau: Hydrocele et retrecissements de l'uretre. (Ref. Centralblatt f. Chir. 1893.)

Polgárjogot azonban ezen műtéti eljárás csak *Volkman* által történt elfogadása és az antisepsis akkori törvényei szerint való végrehajtása által nyert, az antiseptikus gyógykezelés egyik legfényesebb diadalát jelentve, mert míg korábban a hydrocele-metszés, a hozzátársuló kiterjedt lobosodások, genyedések és geny-súlyedések, a peritoneumra áttérjedő súlyos phlegmonék, esetleg halált hozó általános sebfertőzések megbetegedések által igen komoly, lelkiismeretes sebészek által nagyon megfontolandó beavatkozást képezett, addig a *Volkman* által kidolgozott és tökéletesített módszer szerint végezve, teljesen veszélytelen műtétnak volt tekinthető.

E methodusnak később említendő hátrányai, de különösen azon körülmény, hogy kiújulások vele biztosan el nem kerülhetők, *Julliard*-ot és egy évvel később megjelent közleményeiben *Bergman-Bramann*⁶-t arra bírták, hogy meg nem elégedve a tunica kiszegésével, a tunicát teljesen kiirtják vagy csak annyit tartanak meg, a mennyi a here befedésére és a felette való összevarráshoz elegendő.

A klinikumon a radicalis metszés *Julliard* vagy *Bergmann* szerint 1893. május 24-dikén végeztetett először.

A műtét minden egyes esetben cocain helybeli érzéstelenítéssel, a legutolsó időben *Schleich* infiltrációs módszere szerinti érzéstelenítéssel végezve, a betegek által minden jelentékenyebb fájdalomérzés megnyilatkozása nélkül jól türetett.

A gyógytartam tekintet nélkül a bántalom korára, nagyságára, tekintet nélkül a tunica állapotára, 7–10 napnál nem vett hosszabb időt igénybe. A varratok a 7-dik napon kiszedettek és esakis azon szegényebborsú betegek, kik a kórházat elhagyva, rögtön súlyos munkával kénytelenek kenyerüket megkeresni, tartattak ezen időn túl néhány napig a kórodán.

Az időbeli sorrendben csoportosított kórosatok első 18 esetében a punctio és utána következő jodinjectio végeztetett; ezen eljárás kétszer bizonyult elégtelennek.

Az 5-dik számú esetben haematocele volt jelen, a folyadék először troiquarttal lebocsáttatott és a *Reyher* szerint a troiquart mellett fel- és lefelé tágitott sebnyíláson a tunica lepraeparálva, a borék bőréhez varratott. A beteg 20 nap mulva gyógyultan kibocsáttatott.

A 11-dik számú esetben az ugyancsak véres hydrocele-tartalom miatt a műtét *Volkman* szerint végeztetett, a kifejlődött sebszéli gangraena a burkok elgenyedésére, illetőleg elhalására vezetett. A gyógytartam ez esetben 48 nap volt.

(Folytatása következik.)

A gégechorea (chorea laryngis) kérdése.

Ónodi A. dr. egyetemi tanártól.

(Vége.)

Az elősorolt esetek világosan mutatták a gégechoreára vonatkozó felfogások zűrzavarát. Ezen ténynek felelnek meg *Gottstein*, *Schech*, *Semon*, *Rosenthal*, *Baginsky* és *Schmidt* nyilatkozatai. Nagyobbára azon óhaj jut kifejezésre, hogy a chorea laryngis neve elejtessék. Láttunk olyan eseteket, hol a chorea mellett a hangszalagoknak choreás nyugtalansága és choreás mozgásai voltak jelen, továbbá, a hol csak a hangszalagokra szorítkoztak. Láttuk az ideges köhögés eseteinek egész sorozatát, egyeseket egyidejű choreával, előrement vagy bekövetkezett choreával. Láttunk eseteket, a hol az ideges köhögés mellett sem chorea, sem az arezizmok együttlmozgása nem állott fenn. Leírtattak a tüneti és reflektorikus ideges köhögés esetei. Felállítottattak a chorea vocalis elnevezés, hol a köhögési rohamok olvasásnál léptek fel. A respiratorikus hangrésgöres, továbbá a phonikus hangrésgöres a chorea laryngis névvel jelöltetett. Az aneurysmáktól tovavezetett gégemozgások

gégechoreának vétettek fel. A gégechorea endemiája is leírtott és végezettül a gégechoreánál kórbonczatani lelet is közöltetett.

A hihetetlenül elütő fogalmaknak ezen sorozata elodázhatlan szükségké teszi a gégechorea kérdésének végleges tisztázását. Előbb feleljünk azon kérdésre, vajjon a chorea laryngis elnevezés teljesen elejtendő-e vagy pedig csak bizonyos megfelelő esetekre volna alkalmazandó. Azon szerzők, kik a chorea laryngis nevét elejteni kívánják, az ideges köhögés azon alakját tartják szem előtt, melyet Schrötter vele megjelölt. Már most röviden összefoglalhatjuk véleményünket, midőn állítjuk, hogy a Schrötter-féle chorea laryngis a choreás attributumokkal nem bír, a valódi choreához semmi köze, egy ideges köhögésről van szó, melynek kóroktana nem egyöntetű. Az ideges köhögés lehet tüneti alak, a központi és körzeti idegrendszer különböző bántalmainál, mint ismeretes, reflektorikusan kiváltható, lehet a hysteria kifolyása, végre imitációs jelenségekről, szokványos göresökről is lehet szó. A rángások, melyek alkalmilag az arezban észleltetnek, egyszerűen együttlmozgásoknak tekintendők. Már *Gottstein* megjegyezte, hogy az egyidejűleg fellépő mozgások egyéb izomcsoportokban csak rámutatnak a közös okra, az ideges terheltségre, az ideges köhögés nem tekinthető choreás rángásnak, mert épen a choreánál jellegzetes az, hogy a rendellenes együttlmozgások akaratlagos coordinációs működések kivételénél lépnek fel és az ideges köhögés épen a hangképzés közben szűnik meg. Ezt az érvelést találjuk a legtöbb szerzőnél, a ki a Schrötter-féle felfogás ellen állást foglal. Mi a magunk részéről absolute szükségesnek találjuk az ideges köhögés különböző alakjainak a chorea laryngis nevével való megjelölését végkép elejteni, mert a közzétett eseteknek a valódi choreához semmi közük sincsen. Az ideges köhögésnek általam észlelt különböző alakjait soha sem jelöltem meg a chorea laryngis nevével, tipikus eseteket, a mint azokat Schrötter leírta, hasonlóképen csak mint ideges köhögést fogtam fel.

Ezen esetek közül különösen az ideges köhögést kísérő együttlmozgások illusztrálására említem fel a következőket: Egy 13 éves leányka volt észlelésem alatt, kinél többnyire nem hangos köhögés hosszú ideje fennállt. A köhögés, mely néha hangos is, percenként 30-szor következik be. A gégeben eltérést a gégetükrészeti vizsgálat nem mutat. Váltakozva sajátos együttlmozgások kísérik a köhögést, mely csak éjjel szűnhet. Előbb a fej forgatása volt jelen, azután a vállak rángása, a homlok ránczolása, az orrszárnnyak emelése, az ajkak játéka. Ezek az együttlmozgások váltakozva kísérték a köhögést. Hogy ebben az esetben a vérszegény és ideges leánykánál az ideges köhögés mellett az ún. n. szokványos göresök — „Gewohnheitskrämpfe“ Gowers szerint — állanak fenn, semmi kétség, mert az egyik tünetnek a fellépése a másikat rövid idő alatt teljesen elnyomja. Csupán egy tünet maradt meg, mely a betegség tartama alatt mindig bekövetkezik és ez sajátos: valahányszor a leányka kávéját fogyasztja el, az alatt folyton a nyaka bőrét csipkedi.

Most tehát arról van szó, hogy ezen kifejezéssel mit akarunk tulajdonképpen definiálni és hogy alkalmas esetekben ezen kifejezés a terminológiában megtartsék-e. Tudjuk, hogy egy valódi chorea alatt mit kell értenünk, ha már egy gégechoreáról beszélni akarunk, akkor a hangszalag izomzata részéről ugyanazon choreás attributumokat kell keresnünk. Tudjuk, hogy a mi a choreásnak nevezendő mozgásokban a pathognomostikus, az épen azoknak határozott arhythmikus, nem coordinált jellege. A gégeben konstatálnunk kell a hangszalagok choreás nyugtalanságát, a hangszalagoknak szabálytalan, kifejezetten különböző rángásait és göreseit; mindjárt hozzátehetjük: egy általános valódi chorea egyidejű jelenléte mellett. Csak másodlagosan jön tekintetbe, hogy a köhögés az említett alakban előfordul-e vagy nem. Éles ellentétben a már említett choreás attributumokkal szemben állanak nemcsak az ideges köhögésnek alakjai, hanem azon esetek is, melyeknél a hangszalagoknak rhythmikus és monoton mozgásai és rángásai észlelhetők. E helyen csak rámutatok az irodalomból ismert esetekre, melyeknél a hangszalagok rhythmikus és remegő mozgásai észleltettek, összefüggésben különböző neuropathikus állapotokkal és nekroszkopikus leletekkel. Egy ilyen idetartozó esetet volt alkalmam észlelni. Egy felnőtt leánynál 1898. évi június óta állandó köhögés van jelen, mely éjjel sem szűnik, és álmát zavarja. Folyton e és ő hangot ad, melyet a köhögés megszakít, ép úgy megszakítja a köhögés a

⁵ Julliard. De l'incision antiseptique de l'hydrocele. Rev. chir. 1884. Ctbl. f. Ch. 1884.

⁶ Bramann. Berl. klin. Woch. 1885. 14.

⁷ Mint az injectiótól és radicalismetszéstől teljesen eltérő operatív módszer történelmi érdekességgel bír a *Clark* által ajánlott beavatkozás, a melyet a Med. Recordban 1871-ben írt le. A borék bőrét 2 cm.-nyire felmetszve, a funiculus spermaticus a vas deferens kivételével leköti, 48. óra mulva a ligaturát eltávolítja, a lob és fájdalom nélküli gyógyulás 5–6 nap mulva következett be. Követőkre azonban nem talált.

beszédet, a számolást, hangja különben tiszta. Október óta egy tojáshíj lymphoma lépett fel baloldalt az állkapocs alatt, a gége és légcső szabad. A gégetükrészeti vizsgálatnál jól látni az e, ö hangoknak megfelelően a hangszalagoknak két gyors közeledő összehúzódnását és pedig perczenként a hangszalagok 70-szer rángának a középvonal felé és így képezik az e, ö hangokat, melyek perczenként 10-szer lesznek a köhögéstől megszakítva. A mediastinumban nem volt kóros dolog kimutatható. A felemlített esetek között nagyon csekély számmal van olyan, a hol a chorea jelenléte mellett a gégetükrészeti vizsgálat a hangszalagok choreás nyugtalanságát, nem coordinált mozgásait konstatálta volna.

A leírt esetekben *Ziemssen*, *Schultzen*, *Redtenbacher*, *Nicoll* és *Gibb* által észleltettek. *Sachs* a chorea legritkább alakjának tekinti. *Spamer* és *Kumicutt* eseteiben a choreás mozgások miatt a gégetükrészeti vizsgálat megejthető nem volt. *Gibb* esetében a gége izmain kívül minden egyéb izomzat szabad volt. *Nicoll* esetében a chorea csak később következett és az előzőleg fellépett ideges köhögés a chorea gyógyulásával megszűnt.

Álláspontunkat akarjuk megjelölni, midőn azt mondjuk, hogy a gégechorea fogalma annyiban áll fenn, a mennyiben a hangszalagoknak gégetükrészeti konstatált choreás mozgásai egy általános valódi choreával egyidejűleg léptek fel. És ezen kevés ismert esetben elég az általános chorea megjelölése a megtámadott izomcsoportok egyszerű felsorolásával, így a hangszalagok izomzatának is. A chorea laryngis elnevezés ezen esetekben teljességgel felesleges. A félreértés és összeeserülés kikerülése végett a *Gibb* esetére és hasonló esetekre, hol a hangszalagok choreás nyugtalansága konstatálható volt, de az általános chorea tünetei nem voltak kimutathatók, éles ellentétben a hangszalagok rhythmikus, monoton mozgásaival, a hangszalagok choreaszerű mozgásai megjelölést ajánlanám. Ezzel teljesen elejtjük a chorea laryngis elnevezést, mely eddig csak tévedésekhez és a fogalmak összeeserüléséhez vezetett. Azon csekély számú eseteket, melyeknél ideges köhögés állott fenn, és melyekhez utólag valódi chorea csatlakozott, chorea minornak és ideges köhögésnek fogjuk tekinteni, így *Nicoll*, *Schrötter* és *Gottstein* eseteit. Az általános chorea feltehető ideges köhögéssel együtt vagy a nélkül, a legtöbb esetben azonban a nélkül. A felhozott érvekből és kifogásokból a *Schrötter*-féle felfogás ellen következik, hogy az ideges köhögés különböző alakjai számára a chorea laryngis kifejezést végkép töröljük. Az ideges köhögés egyes alakjai a különböző kóroktani mozzanatok és a különböző jelenségek szerint nem igényelnek sajátlagos különös elnevezést, elég azoknak ismerete.

A chorea laryngis neve alatt közölt esetekben tehát, így *Schrötter*, *Chiari*, *Roe*, *Masucci*, *Fasano*, *Markwald*, *Keimer*, *Farundarena*, *Labat*, *Tamburini*, *Posthumus*, *Meyjes*, *Linkenfeld* és *Weil* eseteiben az ideges és reflektorikus köhögés különböző alakjaival van dolgunk és a jövőben hasonló eseteket a chorea laryngis nevével megjelölni többé nem lehet. A fogalmak zavarának tudható be ama említett esetek, melyekben a chorea laryngis neve alatt respiratorikus és phonikus hangrészegresőket, továbbá az aneurysma által továbbvezetett gégemozgásokat irtak le. A Szegő által közölt esetek, vagyis endemiák kifejezetten suggestiv hysteriás ideges köhögés esetei, határozott imitációs jelenségek és a choreához semmi közük sincsen. A *Preis* által közölt eset a központi idegrendszernek súlyos, lethálisan végződő megbetegedése volt, előző tüneti ideges köhögéssel.

E kérdést eszmecsere tárgyává tettem az orvosegyesületben (I. Orvosi Hetilap 1899. 47. sz.), a lefolyt vitát kritikailag megvilágítják a következő megjegyzések. Az eszmecsereben alaposságával és helyes felfogásával előtérben áll *Korányi* tanár felszólalása, mely egyetértve fejtegetésemmel, elismeri a gégechorea létezését az általános chorea mellett, a mint azt *Ziemssen* leírta. Nem tartja szükségesnek a külön kóralaknak, a külön elnevezésnek fentartását, mert csak zavarra ad okot. Világosan kifejtettem, hogy a chorea laryngis létezik, mint az általános chorea egy részjelensége, ugyanazon choreás attributumokkal, mint azt más izomterületeken észleljük. De éppen ezért ejtjük el a külön elnevezést és teljesen elegendő annak felemlítése, hogy az általános choreás bántalom a gége izmaira is kiterjed és a hangszalagok choreás nyugtalansága és rángatózása gégetükrészeti is konstatálható. Szem előtt tartva a hangszalagoknak különböző neuropathikus bántalmakkal

összefüggő rhythmikus rángásait és remegő mozgásait, ezek tünetileg teljesen, de részben kóroktanilag is, élesen elkülöníthetők az általános chorea részjelenségetől, a laryngealis choreától és az általános chorea hiányában a hangszalagok choreaszerű mozgásaitól. És így jól és élesen szét tudjuk választani a hangszalagoknak choreás nyugtalanságát, choreaszerű mozgásait, arhythmikus és szabálytalan rángásait, a hangszalagoknak rhythmikus, monoton rángásaitól és remegő mozgásaitól. Így *Knight* észlelte a gégeszüikítő izmok és a lágy szájpad rhythmikus mozgásait. *Heymann* esetében a gégefedő rhythmikus rángásai voltak jelen, melyek a gégefedő lehúzása folytán szükségessé tették a légszomszást. A canulet nem lehetett eltávolítani, mert a tünetek fennállottak. Hosszú idő után a beteg egy ovariectomián esett át, midőn a bántalom megszűnt és a canulet el lehetett távolítani. *Scheinmann* agysyphilis esetében látta a felső garatfűző izomnak és a hangszalagnak isochron abductorius rángásait. *Spencer* agytumornál észlelte a garatfűző izom és a kannaporcok isochron rhythmikus rángásait. *Oppenheim* a hidat és nyúltvelőt érintő agyaestumornál az invitorla, kannaporcok és hangszalagok rhythmikus mozgásait írja le. *Major* aortaaneurysmánál a bal hangszalag median állása mellett a jobb hangszalag rhythmikus rángásait látta. A hangszalagok remegő mozgásait paralysis agitans eseteiben észlelték *Schultzen*, *Müller*, *Schmidt* és *Rosenberg*. Továbbá sclerosos multiplex eseteiben leírták *Schultzen* és *Gottstein*. Észleltettek végre hysteria eseteiben és intoxicatióknál (ólom, higany, alkohol).

Az eszmecsereben nem reflectáltak a felszólalók azon két előterjesztett tételre, hogy laryngealis chorea, mint az általános chorea egy részjelensége létezhetik és hogy a *Schrötter* által az ideges köhögés egyes alakjaira alkalmazott chorea laryngis elnevezés mint meg nem okolt és fogalomzavarra okot adott megjelölés végkép elejtessék. A felszólalások érvei gyengék, általában a tárgy teljes ismerésének hiánya jellemzi őket. Így *Schwartz A.* azt mondja, hogy a gégeszek használják ezen kifejezést, mert nincsen más kifejezésük, de azt már nem tudja, hogy éppen a legtekintélyesebb gégegyógyászok hozták javaslatba a fogalomzavar megszüntetése céljából ezen motivált és nem szerencsésen választott névnek végleges elejtését. *Schrötter* esetét is hysteriának állítja, olvassa el *Schrötter* könyvét és ott meg fogja találni, hogy *Schrötter* határozottan kizárja a hysteriát chorea laryngis eseteiben. Ezenfelül nincsen tudomása arról, hogy a laryngealis chorea mint az általános chorea egy részjelensége létezik és gégetükrészeti konstatáltatott. A felszólalók egy része felhozta, hogy vannak más rossz elnevezések is, ez ugyan mint érv nem állhat meg, ép úgy az az állítás sem, hogy míg jobb elnevezés nincsen, meg-hagyandó a chorea laryngis név.

És ezen felszólalók a chorea laryngis neve alatt vagy a *Schrötter*-féle alakot, vagy egy sajátos hangtünetekkel járó köhögést, vagy általában egy lármás köhögést értenek. Ők megelégedtek azzal, hogy a chorea laryngis fogalmát maguknak így megalkották, de hogy ezen álláspont helyességét érvekkel is bizonyítani kellene, azt meg sem kísérelték, azon egyszerű oknál fogva, mert nem tudták. A köhögés acustikus tünete nem lehet ok arra, hogy az ideges köhögés egyes alakjait különválasszuk, valamint erre a köhögést kísérő együttmozgások sem képeznek elfogadható okot. Az ideges köhögésnél akár a központi idegrendszerből, akár a körzeten a fül, a légutak, a máj, lép, gyomor, bél, hólyag és ivarszervekből induljon ki, az acustikus jelenségek különös körjelző értékkel nem bírhatnak, mert egy és ugyanazon tényezők működnek közre. Ezek az expiratorikus izmok, a hangrész szükitő izmok és a hangszalagot feszítő izmok. Ezen izmok összehúzódnásának ereje, a hangrész tágassága, a hangszalag feszülése szerint fog változni a köhögés acustikus tünete. Így az ideges köhögést követheti velőtrázó explosio mindennemű együttmozgás nélkül és lehet különböző a köhögés hangszínezetének az ereje szűk és tág hangrész mellett egyaránt, akár kíséri az ideges köhögést együttmozgás az areizomzat részéről, akár nem. A *Schrötter*-féle chorea laryngis ezen acustikus tünete tehát mint körjelző tünet nem állhat meg, de ép így nem állhat meg a másik tünet sem, a köhögést kísérő rángások az areizomzatban és esetleg a karokban. Ezek egyszerű együttmozgások egy közös alapon, az ideges terheltég alapján. Így látjuk fellépni ezen együttmozgásokat olyan ideges köhögésnél, melyet idegen test a fülben okoz, találjuk dado-

góknál, hol az arcizmok rángatózását egyéb izomcsoportok is követik, látjuk a fonikus hangrészgörénél is, továbbá a szokványos görénél is az ideges köhögést különféle együttmozgások kísérhetik. *Bókay* a gyermekgyógyászok álláspontját említette, erre vonatkozólag elég utalunk *Sachs* szabatos értelmezésére, mely szerint a chorea laryngis alatt a hangszalagok izmainak choreás mozgásai értendők. *Baginsky* a Schrötter értelmében alkalmazott chorea laryngis elnevezést végkép elveti, és *Henoch* tankönyvében a chorea laryngis nevet fel sem említi. A mi azon megjegyzést illeti, hogy a gégetükri vizsgálat „mi rendellenességet sem mutat”, csak a nyákhártyára és nem a hangszalagok mozgásaira vonatkozik, az egyszerűen nem fogadható el, mert ha a kórtörténetben a gégetükri vizsgálatot egy mondat képezi, mely azt mondja, hogy mi rendellenességet sem mutat, abból mindenki joggal következtetheti, hogy nemcsak a nyákhártya van rendben, hanem hogy a hangszalagok is rendesen működnek. Hiszen maga *Preis* és *Baumgarten* is így értelmezték, mert másképp értelmezni nem is lehet.

Preis közleményében írja: „a gégeizmok hűdésének tünetei sem a betegség első hónapjaiban, sem későbbben nem észleltettek”. Ezen esettel bővebben kellett foglalkoznom, mert a chorea laryngis kórisméjével bonczoltatott és németül is közöltetett, azonfelül pedig *Baumgarten E.* által a *Monatsschrift*-ben komolyan referáltatott. Be kellett bizonyítani, hogy ezen eset klinikailag és kórboncztanilag nem tökéletes észlelet és így kórtani értékesítésre és következtetésre igényt nem tarthat. Kijelentettem, hogy az idegek leirt nagyfokú degeneratioja mellett lehetetlennek tartom, hogy a hangszalagok mozgásaiban eltérés nem volt konstataható.

Schrötter idevonatkozólag azt írja: „Es ist undenkbar, dass bei den geschilderten Schädigungen im Nervus vagus und recurrens keine Veränderungen im Larynx bestanden haben sollen”. *Schmidt* azt írja: „Es scheint mir ganz unmöglich, dass die Function der Kehlkopfmuskeln bei den gefundenen Veränderungen in den Nerven eine normale gewesen sein soll”. *Schech* azt írja: „Bei der in der Krankengeschichte erwähnten Bemerkung, die Function des Kehlkopfes sei eine normale gewesen, kann es sich nur um eine Täuschung handeln; bei solchen Veränderungen der Nerven, wie sie durch die Section gefunden wurden, müssen Störungen vorhanden gewesen sein”. *Semon* azt írja: „Bei einer Degeneration der Recurrentes, wie der beschriebenen, würde ich es nicht für wahrscheinlich halten, dass die Function des Kehlkopfes eine ganz normale sein kann”. Az esetről általában azt mondja: „dass so unvollständig berichtete Fälle, wie der in Frage stehende, sich zur Verwerthung absolut nicht eignen”. *Baumgarten E.* felszólalásával csak újolag megerősítette tévedését. A gége hangképző és légző idegkötegeiről szóló munkámra hivatkozott és annak eredményeit, a respiratorikus idegköteg összeköttetését a sympathicussal és a szívhez menő idegekkel összeköttetésbe hozta *Preis* kórboncztani leletével.

Részletesen kimutattam, hogy a hasonlat és a következtetés téves volt, hogy *Preis* kórboncztani leletének semmi köze sincsen az én, *Russel* és *Réthy* vizsgálatainak eredményeivel. Mostani felszólalása egy újabb tévedés, mert a *Preis* kórboncztani leletét az én vizsgálataim eredményével, vagyis az izolált respiratorikus idegkötegeknek a sympathicushoz és a szívhez menő ágakkal való összefüggésével logikus összeköttetésbe hozni teljes lehetlenség.

Végül felemlitem, hogy a német orvosok 1898-diki müncheni vándorgyűlésén dolgozatomban felolvastattam és az eszmecserében *Schech* tanár teljesen csatlakozott álláspontomhoz, mely szerint az ideges köhögést szigorúan el kell választani a hangszalagok choreás rángásaitól. Ezzel kapcsolatban *Killian* tanár ajánlatára a szakosztály elfogadta, hogy jövőre csak olyan esetek jelöltesse meg a chorea laryngis kórisméjével, melyeknél a valódi chorea is jelen van vagy azután fellép.

Mola hydatosa egy esete.

Venetianer Jakob dr.-tól.

(Vége.)

A molákat a legutolsó évekig egészen jóindulatú képleteknek tartották és e szerint többnyire jó prognosist csináltak.

Újabban azonban a nézetek változtak és ezen nézetváltozásra a következő megfigyelések adtak okot. Látták ugyanis, hogy abortusok után, a nélkül, hogy ennek lefolyásában a rendestől bármily eltérés észrevehető lett volna, az uterusban daganatok kezdtek fejlődni, még pedig oly rohamosan, hogy a megtámadott asszony életének rövid idő alatt véget vetettek. Ezen daganatokat *deciduoma malignum* vagy *sarcoma deciduocellulare* és még más nevekkkel is illették, melyek részint a daganat eredetét, részint annak természetét jelezni lennének hivatva. A megejtett görösövi vizsgálatok kiderítették, hogy ez a *deciduoma malignum* szintén a choriontól, még pedig a chorionbolyhok felhámsejtjeitől veszi eredetét, ép úgy, mint a mola, mely körülmény által a *deciduoma malignum* némi rokonságba jutott a molával. Amaz, mint már neve is mondja, határozottan rosszindulatú daganat, a mi abban nyilvánul, hogy rohamosan terjed, először a *decidua serotina*-t, azután magát az uterust megtámadja, a véredényeket ártadálja, mi által egyes részecskék a vérkeringésbe kerülnek, úgy hogy távolabbi szervekben, többnyire a tüdőben metastasisok fejlődnek. Ezen terjedési módja megkülönbözteti a carcinomától, mely a nyírkedények útján terjed.

De helyes-e, nem-e a mola és *deciduoma* közti rokonságról fent említett vélemény és hogy mennyiben felel ez meg az igazságnak, arra nézve végleges megállapodás még nem jött létre. Az azonban tény, mert a statistika magát meghazudolni nem engedi, hogy a mola után bizonyos előszeretettel egy *deciduoma malignum* fejlődik ki. *Marchand* *deciduoma malignum* 28 esete közt ezt 12 esetben mola előzte meg, *Eiermann* 35 esetében pedig 18-szor. Ez minden esetre óvatosságra int és ügyeljünk esetleg mutatózó tünetekre, melyek a következők lehetnek: a beteg az abortus után nem tér magához, a rendetlen vérzések nem szűnnek, a méh involutioja elmarad, sőt mindig nagyobb és nagyobb lesz, mert belsejében egy daganat fejlődik. Ilyen esetben visszamaradt peterészre gondolván, curettézünk, de a vérzések ennek dacára is tovább tartanak, míg egyszerre tüdőfűtetek állnak be és a metastasis a daganat jelenlétére figyelmeztet.

Engedjék meg uraim, ha a tulajdonképeni tárgyamhoz nem tartozó *deciduomáról* kissé hosszasan értekeztem, azonban a mola prognosistól szólván, figyelmen kívül nem hagyhattam egy olyan complicatiót, melynél az esetek 50%-ában a mola mint előzmény szerepel és mely rosszindulatánál fogva végzetessé válhatik a betegre nézve. Ezen körülmény tehát a prognosist nagyon is befolyásolhatja.

De eltekintve a *deciduomától*, bizonyos körülmények közt maga a mola rosszindulatúvá válhat, a mennyiben áttételeket, metastasisokat képez. Ilyen esetek az irodalomban fel vannak említve. A német természetvizsgálók és orvosok 69. congressusán *Pick* Berlinből egy 22 éves asszonynak az esetét közli, a kinél a terhesség 4-dik havában vérzések léptek fel. A hüvely mellső falán közel az urethrához találtak egy majdnem diónagyságú, igen kemény, kékes-vörös tumort. Ezt varixesomónak tartották, a vérzésekkel kapcsolatba hozták és e miatt el is távolították. Másnap azonban azt vették észre, hogy az uterusból hólyagok távolodnak el, a mi egy mola hydatosa jelenlétét jelezte. Azután azt a kis exstirpált daganatot görösövilag megvizsgálták és mint azt *Pick* a *Berliner med. Ges.*-ban közölte, az nem volt egyéb, mint egy a molától elvált és egy visszérbe került chorionboly, mely itt tovább nőtt.

Schauta egy hasonló esetet ír le, mely őt arra birta, hogy a molát úgy tekintse, mint egy rosszindulatú daganatot, minél fogva minden esetben a totalexstirpációt végzi.

Schauta-nak assistense *Neumann* dr., kinek ezen kérdéseket illetőleg számos tanulmányt köszönhetünk, már nem oly radicalis. Vizsgálatai alapján kimondja, hogy a mola bizonyos körülmények közt rosszindulatúvá lesz. Három általa megfigyelt esetben szövettani lageltérések mutatkoztak a közönséges molától, melyek abban állottak, hogy felhámsejtek voltak láthatók a boly stromájában, a mi az ő nézete szerint a malignitás karakteristikonja. *Schmorl* a hámsejtek bevándorlását a stromába signum mali ominisnek deklarálja. Ezen nézetéből kifolyólag jó- és rosszindulatú molákat különböztet meg és szükségesnek tartja, hogy minden molát szövettanilag megvizsgáljunk és ha a malignitás ezen szerinte biztos jelét megállapítjuk, akkor a totalexstirpáció indokolt. Hasonló

értelemben nyilatkozott *Durante* is a moszkvai congressuson és ő is súlyt fektet a górcső diagnózisra.

A mola therapiájáról nincs sok megjegyezni valóm. Arra kell okvetlenül törekedni, hogy a molát egészen eltávolítsuk, mert a molaretentio súlyos következményekkel járhat. *Lovrich* a budapesti kir. orvosegyesület gynaekologiai szakosztályában erre nézve egy tanulságos esetet említett fel. Egy 39 éves nőnél, tizedik terhesség, az orvos egy molát távolított el, 6 heti vérzés után. De még 5 hónap múlva is mentek hólyagok az erősen vérző nőtől. Ekkor felkereste a klinikát, itt curettezték. Rosszindulatú daganatrészek nem voltak feltalálhatók. A curettézis után a súlyos anaemia továbbra is megmaradt és a beteg 8 nap múlva meghalt. Ez a molaretentio súlyos következménye, mely universalis anaemia által okozta a halált. Súlyos anaemiát, mint a halál okát, *Konrád* is felemlít.

Molánál a curettézis nem ajánlható, esetünkben sem végeztük; nem ajánlatos pedig azért, mert, mint már említettem, gyakran megesik, hogy az uterus falai megvékonyodnak és a rendesen nagyobb a perforatio veszedelem.

Azonban határozottan ellent kell mondani *Schauta* radicalis követelményének, hogy minden molánál totalis exstirpatiot végezzünk. Akárhány esetet lehetne összegyűjteni, a hol az asszonyok a mola kiállása után még évekig életben maradtak, a nélkül, hogy súlyosabb complicatio vagy valamiféle utóbaj állott volna be. Hiszen a fent említett *Pick*-féle eset a metastatikus molával exstirpatio nélkül is teljesen egészséges lett.

Igenis, figyeljük meg az illető nőt, körülbelül hat hónapon át, hogy az első gyanus jelre a kellő intézkedéseket megtehesse és az időt el ne mulasztjuk. De egy asszonyt mindjárt genitáliáit megfosztani, az összszerveztől egy fontos láncszemet elvenni, mi által igen gyakran a kedélyvilág egyensúlya megbillen, csak azért, hogy öt egy esetleg bekövetkezhető utóbajtól megóvjuk, ezt indokoltnak nem tartom. *Schautan*ak ezen követelménye csak az idők jele, annak a furor operativusnak megnyilatkozása, mely különösen, de nem kizárólagosan a nőgyógyászati terén dühög.

Egyébiránt a molakezelés semmiben sem különbözik a közönséges abortusnál szokásos eljárásoktól.

Irodalom. 1. *Kleinwächter*. Molenschwangerschaft. Eulenburger's Realencyclopaedie. 3. kiadás. 2. *Schauta*. Lehrbuch der gesamten Gynaekologie. 1896. 3. *Pick* L. Gut- und bösartige metastasirende Blasenmolen. Verhandlungen der Berl. med. Ges. 1897. 4. v. *Herff*. Das Sarcoma deciduocellulare im Jahre 1895. Sammelreferat. Fortschr. d. Med. 1896. 3. 5. *Marchand*. Ueber den Bau der Blasenmole. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. B. XXXII. Ref. Fortschr. d. Med. 1896. 3. 6. *Eiermann*, Dr. Arnold. Der gegenwärtige Stand der Lehre vom Deciduoma malignum mit besonderer Berücksichtigung der Diagnose und Therapie. Sammlung zwangl. Abh. von Graefe. II. B., 12. 1897. 7. *Franqué*, O. v. Ueber eine bösartige Geschwulst des Chorion nebst Bemerkungen zur Anatomie der Blasenmole. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 34. k. Münch. m. Wochenschr. 1896. 30. 8. *Konrád Márk*. Egy 2½ kg. súlyú fűrtös üszög (mola hydatosa) egy példány. Bemutatott a biharmegyei orvos-gyógyász-egyesület 1896. decz. havi szakülésén. Orvosi Hetilap, 1897. 9. *Neumann J.* Beitrag zur Kenntniss der Blasenmole und des malignen Deciduoms. Monatsschrift f. Geb. und Gyn. Münch. med. Wochenschr. 1897. 34. 10. *Durante*. Ueber Blasenmolen. Verhandl. der gynaek. Section des internationalen Congresses zu Moskau 1897. 11. *Lovrich József*. Molaretentio kórboneztani készítménye. Előadott a budapesti kir. orvosegy. gynaek. szakosztályán 1897. ápr. 6. Orvosi Hetilap 1898. 4. 12. *Schauta*. Ueber Blasenmole. Vortrag in der geburtsh.-gyn. Ges. Wien, 1896. Centralbl. f. Gyn. 1897. 2. 13. *Pick* L. Zur Kenntniss der Blasenmole. Verhandl. der 69. Vers. d. Naturforscher und Aerzte zu Braunschweig, 1897. Münch. m. Woch. 1897. 42. 14. *Champneys* (London). Einige ungewöhnliche Fälle von Blasenmole. Ref. Centralbl. f. Gyn. 1897. 5. 15. *Schauta*. Die klinische Bedeutung der Blasenmolen. Wiener med. Presse. 1897. 1. 16. *Neumann J.* Beitrag zur Kenntniss der Blasenmolen. W. klin. Wochenschr. 1897. 4. 17. *Schmorl*. Zur mikroskopischen Anatomie der Blasenmole. Vortrag in der gyn. Ges. zu Dresden. Centralbl. f. Gyn. 1897. 27. 18. *Segall B.* (Paris). Beitrag zur Histologie der Blasenmole und des malignen Deciduoms. Ref. Centralbl. f. Gyn. 1897. 52. 19. *Ahlfeld F.* (Marburg). Ein Fall von Sarcoma deciduo-cellulare. Ref. Schmidt's Jahrb. 1896.

T Á R C Z A.

A gyengetehetségük oktatása.

Külföldi tanulmányutaim alkalmával, melyeket a budapesti orvos-egyetem tanári karának ajánlása folytán a vallás- és közoktatásügyi ministeriumtól adományozott utazási ösztöndíjjal tehettem, többi között a gyengetehetségük oktatása keltette fel figyelmemet, a mely oktatás

ma már minden nagyobb városban egész rendszeresen folyik. Azon időtől fogva, hogy *Kern* dr., a lipseai hírneves hülyeintézet megalapítója az eszmét a 60-as évek elején megpendítette, melynek eredménye végtére (1881) a lipseai „Hilfsschule für Schwachsinnige“ lett, az eszme folyton hódított az elmékben, az ige mind többször testté lőn. *Winterman* 1898-ban közzé tette ezen iskolák statistikáját: szerinte 52 német városban 202 osztályban 2400 fiú és 1881 leány részesült megfelelő oktatásban. Berlin városa, e hatalmas német metropolis, még nem szerepel ezen statistikában; csak 1898. őszén létesített először külön osztályokat, egyszerre 20-at, melyekhez 1899. tavaszán további 20 járult. Manap ezen iskolák az egész világon el vannak terjedve: még Ausztriában is. Minálunk 1898. őszén nyílt meg egy osztály, Szabó Sándor min. titkár javaslatára, a budai állami hülyeintézet mellett a tanítók begyakorlása és a tanterv megállapítása céljából.

Azon tény, hogy vannak gyermekek, a kiknek észtehetsége gyengébb az átlagosnál, a nélkül, hogy imbecillisek lennének, kétségtelen. A priori is valószínű, hogy ilyenek vannak, mert a rendes átlagos észtehetség és a genialitás között rendkívül sok fokozat van és csupán lefelé, az átlagos észtehetség és az elmeengeség között ne lenne? Mindenki emlékeztetik, hogy az elemi iskolákban egyes társaik voltak, a kikkel a tanító egyáltalában nem foglalkozott, mert hiábavalónak tartotta, a kiket a többiek hátramaradásuk miatt csúfoltak, a kik éveket egy osztályban töltve, végre nagy nehezen a felsőbb osztályba kerültek, pusztán kegyelemből, a nélkül, hogy az elhagyott osztály anyagát elsajátították volna. Minálunk, hol az általános tankötelezettség csak papirosan van meg, a tanítók a szülőknek legtöbbször azt a jó tanácsot adják, vegyék ki gyermeküket az iskolából, úgyse tanul; kár rá költsékezni. Hogy az ilyen gyermekekből hány lesz csavargó, naplopó, azt, felelte gyenge erkölcsi fogalmaikból csak sejteni lehet.

A határt megállapítani, hol kezdődik a gyengetehetség, rendkívül nehéz. Általános szabálynak tartják mindenütt, a hol ilyen iskolákat — szám szerint 12-t — látogattam, hogy csak azon gyermek mondható ilyennek, a ki 2 esztendő alatt egy osztálynak tananyagát észbeli gyengesége miatt elsajátítani nem képes. Ez által ki van zárva az iskolásgyermek hátramaradásának minden egyéb oka: huzamos betegség, gyakori költözködés az egyik községből a másikba, a család mostoha életviszonyai, melyek a zsenge gyermeket már korán munkába szorítják, végül rossz látás, hallás, fogyatékos beszéd. A bizottságnak, mely a gyengetehetségük felett dönt, tisztában kell lennie, hogy a gyermek hátramaradása a felsorolt okok egyike folytán sem következett be, a minek megállapítása végett értelmes, iskolaiügyekben tapasztalt orvosnak a bizottságban való részvétele elkerülhetetlenül szükséges. Sőt czélszerűnek tartanám, hogy az elemi iskolák mellett állandó iskolaeorvosok legyenek, a kik a beteges és fogyatékos gyermekeket felfedezik, figyelemmel kísérik: egyik fővárosi iskolában megessék, hogy egy siket gyermek 4 hónapig járt az iskolába a nélkül, hogy a tanítónak arról tudomása lett volna. A határ megállapítása lefelé, az elmeengeség és hülyeség felé, midőn a gyermek megfigyelni, fogalmakat alkotni, ítéletet hozni és következtetéseket levonni teljesen képtelen, még nehezebb, habár nem oly fontosságú: én legalább nem tennék kifogást az ellen, ha valamely szerencsétlen gyermeknek amúgy is eléggé sújtott szülője azon kívánságát fejezné ki, hogy gyermekével előbb a különiskolába tennének kísérletet, mielőtt minden reményt elvesztve, hülyeintézetbe adná, hátha észtehetsége fejlődne. És úgy vettem észre, hogy ezen nézetnek egybeült is hódolnak.

Azt nem kell gondolni, hogy az ilyen gyengetehetségű gyermekek száma csekély. A Budapestre vonatkozólag Verédy tanfelügyelő úrtól (1000-nél több) és Borbély igazgatótól (200—250) közölt adatok magukon hordozzák a megbízhatatlanság bélyegét: előbbi az összes tanuló számát közölte, a kik 2 éven át egy osztályban maradtak, utóbbi az igazgatók által szolgáltatott magánértesülések szerint haladt. 1894-ben Aachen, Altona, Bremen, Braunschweig, Chemnitz, Dresden, Düsseldorf, Elberfeld, Krefeld, Köln, Leipzig és Lübeck 12 német város 2.173.000 lakosa közül 1457 gyengetehetségű gyermek járt a különiskolába, azaz 1491 (kerekszámban 1500) lakosra esik egy gyengetehetségű. Braunschweig 120.000 lakosából 158 gyermek járt a különiskolába, azaz 750 lakosra esett 1: a feltűnő nagy szám azon körülménynek tulajdonítandó, hogy a szülők ellenszenvre folyton csökken ezen különiskolával szemben. Négy berlini orvos vizsgálatai szerint (l. D. med. Wochenschrift, 1899. I. 14—15. lap) a tankötelesek 0-6%-a szorul a Hilfsschule-ra. Ezen adatok számbavételével a Budapesti lakó gyengetehetségű gyermekek számát (600.000 lakost véve számításba) minimum 400-ra, maximum 800-ra kell becsülnünk; hasonlóképen fel kell vennünk, hogy egy 30.000 lakosú városban van legalább 20, legfeljebb 40 ily tanköteles.

A gyengetehetségűeknek sokféle oktatása képzelhető. Így első sorban a rendes elemi iskolai oktatás, de csökkent tanulószámmal. Igaz, a tanító több figyelmet képes az egyes gyermekekre fordítani, de mind hasztalan, ha a nyújtott tananyag sok, ha a gyermek azt elsajátítani nem képes. Dánia elemi iskoláiban átlag 30 tanuló van egy osztályban és Kopenhágában mégis létesítettek különosztályokat. Másik lehetőség: az ismétlődő órák adása ily gyermekek részére, a mi jó más okból, betegség, költözködés miatt elmaradt gyermekeknek, de semmi esetre sem a gyengetehetségűeknek. Reájuk nézve az ismétlődő óra amúgy is gyenge, könnyen kimerülő észtehetségüknek még egy további órán át tartó megerőltetése, és pedig hiábavaló, kárba vesző megerőltetése. Több felől a zárt intézet szükségességét hangoztatják, a mi egyfelől pénzbeli nehézségekbe ütközik (tényleg még sehol sincsen, a leghevesebb ily iskola, a leipzig-i is csak nappal tartja ott növendékeit), a mi egyértelmű volna ily iskolák felállításának elhalasztásával ad graecas calendas, másfelől paedagogiai szempontokból sem volna czélszerű, mert a gyermeket

hosszú éveken át kiszakítaná a mindennapos életből, pedig azt várjuk és követeljük tőle, hogy maga keresse meg mindennapi kenyerét, habár alárendelt szerepben is. Végül a Berlinben intendált eljárást sem tartjuk czélhozvezetőnek: ott a gyengetehetségű gyermekeket csak addig akarják a különosztályban hagyni, míg az alapfogalmakat elsajátította és azután ismét a rendes iskolába akarják visszazáraztatni. Meg vagyok győződve, hogy 1—2 esztendő alatt ezen eljárás sikertelenségéről fognak meggyőződni.

Tehát külön osztályok szervezése — tekintet nélkül a nemre — az egyedül czélhoz vezető eljárás; az egyes osztályokból idővel külön iskolák fognak kifejlődni. Fődolog, hogy kevés tanuló legyen egy tanító keze alatt. A német ily iskolákban a tanulók száma 15—33 között ingadozik; huszon felüli létszámot minden esetben túlnagynak kell tekintenem. A czél pedig, melyet ily iskola kitűz, egy elemi osztály tananyagának elvégzése két esztendő alatt, habár a számtan tekintetében még kisebb eredményekkel is beérjük. Az a gyermek, a ki a rendes elemi iskolában 2 év alatt egy osztályt végezte ki képtelen volt, a külön iskolában képes lesz, mert nem kétszer hallja ugyanazt, hanem az adagot sokkal kisebb részletekben nyeri és így megemésztheti. Hasonlóképp túlságos órászámmal sem szabad ezen tanulókat megerőltetni. A tantéri és órarendi részletekre vonatkozólag a paedagogiai társulatban felolvasott és a Magyar Paedagogia 1900. évi 1. és 2. számában megjelent értekezésekre vagyok bátor utalni; csak azt jegyzem meg, hogy a Karl Richter vezette alatt álló 7 osztályú leipzig-i iskola növendékeit a mindennapos élet apró ténykedéseinek (vásárlás, pénzfelváltás stb.) sikeres elvégzésében is gyakoroltatja.

Ezen iskolák haszna kétségtelen; a braunschweigi 5 osztályú iskola 1881 óta 232 tanulóat bocsátott el, közülük 93 fiú és 56 leány konfirmálva lett, helybeli iskolába került 10, a helybeli katolikus iskolába 2, a siketnémák és vakok intézetébe 1—1, a beverni Wilhelmstiftbe, illetőleg menházba 8, gyengeelméjűség miatt el lett bocsátva 36 = 16%, a városból elköltözködött 18, meghalt 7. A 93 konfirmált fiú közül önálló iparos lett 1, segéd 16, inas 11, háziszolga, kocsis 31, mező munkás 5, gyári munkás 10, pincér 1, otthon van foglalkozás nélkül 2, meghalt 3, ismeretlen tartózkodású 3, testi hiba miatt keresetképtelen 4, szellemi miatt 6, katonaságnál szolgált 2, jelenleg szolgál 2, 4 be volt sorozva, de mint alkalmatlant elbocsátották. Az 56 konfirmált leány közül férjhez ment 3, cseléd 16, gyári munkás 13, otthon van 12, vasalónő 1, ismeretlen tartózkodású 2, meghalt 2, testi fogyatékoság miatt keresetképtelen 2, gyengeelméjűség miatt 2. Ha az iskola nem könnyűül rajtuk, ugyan mi lett volna belőlük? A lakosság kegyelmének, az utcagyermekek gúnyjának kitett szerencsétlenek.

Egyetlen egy kifogást lehet ezen iskolák ellen tenni, és ez a megfelelő elnevezés. A gyengetehetségűek iskolája czím a szülőket visszaraszítja, annál is inkább, mivel több szellemeskedő újság „abuták iskolája” elnevezést hozta forgalomba, azonfelül hosszú is ez a czím. Németországban a „Hilfschule és Hilfklassen”, hivatalos iratokban zárjelben „für Schwachbegabte” elnevezés van túlnyomó használatban, a mellett még a Spezialklassen, Nebenklassen és Nebenschule elnevezés. A francziák école, classe spéciale-nak nevezik. Magyarban legjobbnak tartom a különiskola vagy különosztály elnevezést, zárjelbe téve hivatalos levelezések alkalmával: „gyengetehetségűek részére”; sokkal jobb, mint a mellék- vagy kisegítő iskola elnevezés.

Nálunk az egy osztályon kívül, melyet a ministerium létesített, más még nem keletkezett, pedig azt kellene hinnünk, hogy Budapestnek több, Szegednek egy teljes, több tagozatú új iskolára volna szüksége, míg számos város 1—2 osztályt tudna gyengetehetségű tanulóval megtölteni. Persze egyelőre örülni kellene, ha Budapest több helyen természet központok közelében lévő iskolaépületekben egyes osztályokat létesítené, melyekhez később a szükséghez képest a többi osztályok csatlakoznának. Ugy értesülök, hogy Szeged e téren erősen mozgolódik és csak még a hely kérdése nincs megfelve. Igen különös, hogy városaink nemcsak ezen a téren, hanem minden közegészségi kérdésben is csak nagyon lassan haladnak előre. Ezt nem lehet csupán a kedvezőtlen anyagi viszonyoknak tulajdonítani, nem csupán a maradiságnak, hanem minden esetre tetemes része van annak a körülménynek, hogy a nemes versengés és haladás terén városaink között merőben ismeretlen. Bezzeg másképp áll a dolog a német városok között. A rendszeren megjelenő évi jelentéseiket a városok egymással kicserélik, a hírlapok gondoskodnak az összehasonlításokról, a polgárok büszkesége pedig a haladásról. Ha a német közoktatásügyi kormányok fizetnek a külön iskolák tanítóit, ahogy azt a magyar kész megtenni, a német birodalom egyetlen egy városa sem nélkülözné már az ilyen iskolát vagy osztályt.

A magyar orvosi kar — diésretére legyen mondva — eddig mindennemű haladás meleg istápolójának mutatkozott és ha talán egyesek — nem ismervé ezen különoktatás czélját, irányát, eredményét — ellene állást foglaltak, bizonyára nem tették rosszakaratból, hanem mert rosszul voltak a tárgy felől informálva. Valóban, egészen határozottan állíthatjuk, hogy a különoktatás nemcsak, hogy nem ellenkezik a józan paedagogiával, hanem ezt a hygienia, a humanitás egyaránt megkívánja. Részünkről felette kíváncsiak tartanók, ha a fővárosi iskolaszékek, melyek a súlykot kissé elvetették, újabb és alaposabb tárgyalásnak vetnék alá a kérdést. A vigasztalásunk egyébként az, hogy másutt is, névszerint Berlinben is eleinte rettenetes nagy volt az ellenkezés és így minálunk is nem egy Saulusból Paulus lesz. A szegény gyermekek érdekében kívánjuk, hogy a kedvező fordulat mentől hamarabb beálljon.

Juba Adolf dr.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A kerek gyomorfekély gyógykezelésének mai állása.

Közli: Áldor Lajos dr. karlsbadi fürdőorvos.

(Vége.)

Pedig az ulcus ambulans kezelésének lehetőségével mindig szívesen foglalkoznak, és a Johnson²⁵ által javasolt argentum-nitricum kúra is ezt a módot czélozza. A gyógykezelés lényege abban áll, hogy naponta többször éhgyomorra egy—két egr. arg. nitr.-ot adunk és annak bevétele után a beteg néhány órán át nyugodtan fekszik. Gerhardt²⁶ egy sorában az eseteknek gyors javulását észlelhette a subjectiv tüneteknek és az argentum nitricumnak különösen fájdalomcsillapító és sóvaykötő tulajdonságát emeli ki. A mi az érzékenységre leszállítást illeti, az más oldalról is megerősítve lett (Boas, Rosenheim) azzal a hozzáadással, hogy sok esetben e szer pár napon át való használatát után az epigastriumon fellépett nyomó jellegű fájdalom, kellemetlen fémíz és általános rossz érzés a gyógykezelés más irányba való terelésére készítetett. A mi a sósav megkötő képességet illeti, bár erre systematikus vizsgálatokkal nem rendelkezünk, az bizonyos — miként azt Gerhardt felveszi —, hogy a gyomorba jutott ezüst-nitrat az sósavval chlor-ezüstöt és a légenysav a fehérjével oldhatatlan csapadékot (acid-albuminát) képez. Az említett kicsiny adagolás mellett azonban (1—2 egr.) az ily módon létrejövő sósav kötőképesége az ezüst-nitratnak alig jöhet szóba, és így a subjectiv tüneteknek nagyon is változó befolyásolásán kívül, a gyógyhatás mikéntjének létrejövése annyira sincs megmagyarázva, hogy a szernek egy nagyobb anyagon való kipróbálása látszanék kíváncsi. Ugyancsak az ambulatorikus kezelést kívánja lehetővé tenni Stepp²⁷ a chloroform és bismuth egyidejű alkalmazásával. A bismuthal a gyomor nyugalmát akarja pótolni, a chloroformot antiseptikus tulajdonságai alapján proponálja (Rp. Chloroform 1-0 Aqua dest. 150-0. Bismuth. subnitr. 3-0 gr. MDS. 3 óránként 1 evőkanállal). Abból a feltevésből indulván ki, hogy az ulcus-betegek rossz kinézése a fekély felületén levő septikus anyagoknak a vér áramba való jutásából származik, a chloroformmal részben a kóros erjedéses folyamatok megszüntetését czélozza, másrészt a chloroformnak a nyákhártyára gyakorolt izgató hatása következtében gyorsan képződnek friss vérdús granulatiók, melyek a fekély körüli septikus anyagok keletkezését megakadályozzák. Hét esetben, a hol ő ezt az eljárást ambulanter alkalmazta a dietotherapiával egyidejűleg, 4—6 hét alatt gyógyulás állott be.

Stepp fejtegetései, melyek alapján ő az ulcus gyógyítását antiseptikus szerekek kísérli meg, theoretikus értékűek. A nem komplikált ulcus-esetekenél a tejsaverjedés egyáltalán nem észlelhető; a gázerjedést a gyomornedv megszáporodott sósav tartalma tudvalevőleg nem akadályozza ugyan, mindazonáltal kifejezett tünetekben is nyilvánuló gázerjedéssel tiszta ulcus-esetekenél ritkán találkozunk. És így nincs semmi, vel sem indokolva az ulcus kezelésében az antiseptikus szerekek is helyet adni.

Meg kell még emlékeznünk a gyomorfekélynek systematikus gyomormosásokkal való gyógyításáról, a mint azt egyesek (Debone,²⁸ Schliep) acut eseknél is ajánlatba hozták. A mennyire jogosult a gyomormosások alkalmazása az ulcus-hoz járuló egyes complicatiók (motorikus insuff., pylorusszűkület) ellen, épen olyan kevésbé áll rendelkezésünkre elfogadható magyarázat arra nézve, hogy hogyan befolyásolják azok a friss, minden complicatiótól ment eseteket kedvezően és ezért teljesen jogosult Riegel-nek az álláspontja, hogy nemcsak indicatio nem áll fenn a gyomormosások végzésére, de azok alkalmazása acut-esetekben a gyógyulást hátráltató, sőt veszélyes eljárás is! Winternitz²⁹ nagyobb teret óhajt az ulcus gyógykezelésében a hydrotherapeutikus kezelésnek. Szerinte a hydrotherapia causalis értelemben hat, a mennyiben a thermikus befolyások a vér alkalicitását emelik és szüntetik a kis edények angiospasmusát. Másrészt a leghevesebb fájdalmakat látta hideg üllő fürdőkre megszűnni.

Ha az eddig vázolt gyógyeljárások által elért eredményeket összehasonlítjuk azokkal a valóban fényes gyógyeredményekkel, melyekről Leube legutóbb a német chirurgusok 26-dik congressusán számolt be, úgy felmerül a kérdés, hogy van-e általában jogosultsága a törekvésnek az ulcus-therapiát más alapokra fektetni, mint a milyeneken azt Leube és Ziemssen felépítették? Leube az utolsó 10 év alatt szerzett és több mint ezer esetre rugó tapasztalatait adta elő. Az összes esetekben az általánosan ismert ulcus-kúrát alkalmazta, a mely szigorúan fogantatott ágyban fekvésből, forró kataplasmáknak a gyomortájékra való alkalmazásából, karlsbadi víz ivásából és egy pontosan szabályozott diatéből áll.

Ezzel a kezeléssel 424 kórházban ápolott beteg közül 314, tehát 74% négy hét alatt teljesen gyógyult, 93=21% javult; 10=2-4% meghalt; 7=1-6% változatlanul maradt.

Ez az eredmény a lehető legegyszerűbb gyógyeljárással lett elérve. A Leube-féle kúra sokkal ismeretesebb, mintsem annak részleteit itt előadni szükség volna. Magának a kúrának az elvei a következők:

1. a fekély gyógyulásának a feltételeit lehetőleg abszolút testi nyugalommal biztosítani és azért a kezelés első tíz napjában a beteg ágyban fekszik;

2. az étrendnek oly módon való összeállítása, hogy annak az okvetlen szükséges tápértéke ugyan meg legyen, de a tápszereknak a gyomor nyákhártyájára való izgató hatása a minimumra redukáltsásk. Ez egy az ételek minőségében, mennyiségében, az étkezési idő megállapításában a legapróbb részletekig pontosan szabályozott diéta által

érhető el, melynek részleteit a jól ismert *Leube*-féle négy diaeta-schema tartalmazza:

3. a gyógyulás elősegítése a kipróbált balneo- és hydrotherapeutikus eljárásokkal, melyek naponta $\frac{1}{4}$ l. karlsbadi víz ivásából, forró kátszalmáknak, illetőleg Priessnitz-borogatásoknak a gyomortájra való alkalmazásából áll. *Leube* azon állítása, hogy a gyógyeredmény titka az esetek legtöbbszörében ezen nyugalmi kúrának a részletekben minél minutiosusabb keresztülvitelében keresendő, mások tapasztalatai által is szinte egyhangúlag van megerősítve és habár a később bekövetkező és biztossággal ki nem zárható recidivák ellen ez idő szerint legkövetkezőbb gyógyeljárás sem nyújt biztosítékot, mégis mint láttuk, az esetek 74%-ában 4 hét alatt teljes gyógyulás állott be. Oly eredmény, melyet meg nem közelítettek az egyéb gyógyeljárások hívei, a kinnél a gyógyeredmény — mint az a kórtörténetek tanulmányozásából tisztán kivüláglik — annál kedvezőbb volt, minél nagyobb tért engedtek az alkalmazott gyógyszeres eljárásnak kívül a *Leube*-féle irányelveknek! A gyakorlatban sokszor nehézséget okoz egyes betegeknek a tejjel szemben való idiosinkrasiája; *Leube* ezen esetekben a tej mennyiségének redukálását és a besűrités által való emelését a tápértéknek ajánlja, *Riegel* az aludt tejet, a mit a betegek tényleg jól tűrnek, továbbá kávir, somatoseval, nutroseval vagy tropinnal való koncentrációját a bouillonnak, *Debove* tejport. Alkalmas tápszernak látszanak ulcus-betegek részére a csukor-oldatok, korábban már *Ewald* ajánlotta, majd újabban *Strauss*³¹ vizsgálatai alapján *Riegel*.

A karlsbadi vizek használata az ulcus kezelésében már régóta nagy szerepet játszik; részét képezi azok alkalmazása, mint említettük, a *Leube*-féle kúrának is. A mennyire egybehangzóak a vélemények a karlsbadi források használatának eredményes voltáról, annyira kevésbé tisztázott még ma is a hatásnak a módja. *Leube* azon régebbi magyarázata, mely szerint a glaubersón és a szénsavas sókon kívül, kiváló szerep jut a kis mennyiségben jelenlevő chlornatriumnak az emésztést elősegítő és a nyákot oldó hatása következtében, mai ismereteinknek már nem felel meg, mert jól tudjuk, hogy az emésztés a legtöbb ulcusban hátráltatva nincs, hogy gyomorfekélynél a mucosának jelentékenyebb nyáktermelésével sem találkozunk. Habár *Jaworski*,³² *Ewald* és *Sandberg*,³³ valamint *Spitzer*³⁴ vizsgálatai alapján a karlsbadi viznek a gyomorfunctiókra való befolyásáról ma már tisztább képpel rendelkezünk, az ulcusra a tapasztalat által kétségtelenné tett kedvező hatását azoknak általánosan elterjedt mai használati módja mellett az újabb vizsgálati eredmények sem derítik fel. Mert ha bebizonyítottunk is tekintjük a gyomormozgásokat siettető, a secretiót lezállító hatást, a viznek ezen tulajdonságai azért nem jöhetnek számba, a mint azt különösen *Riegel* is hangsúlyozza, mert a vizet éhgyomorra itatjuk, a mikor a gyomor üres és a sósavválasztás szünetel. Az eredményt *Riegel* szerint különböző tényezők összejátszása magyarázza, mint a milyenek a meleg viznek sedatív hatása, a nagyobb mennyiségű víz által való kimosása a gyomornak és végül a bélműködés rendezése.

Minél lelkiismeretesebben vitetik keresztül a *Leube*-féle kúra, annál szűkebb tere nyílik a symptomatikus kezelésnek. Fájdalmak, hányás, csak ritkán szolgáltatnak okot külön tüneti beavatkozásra. A különböző oldalról ajánlatba hozott gyógyszerek főleg a hyperchlorhydria és az az által provokált tünetek ellen küzdenek. Ebből a célból általános használatnak örvendenek az alkáliák; a mi ezeknek a használati módját illeti, míg a francia szerzők, például *Bouveret*, nagyobb adagoknak egyszerre való vételét (15–20 gr.) ajánlják, addig *Ewald* a kis dosisoknak óránként való ismétlését tartja előnyösnek. *Riegel* pedig az alkáliákat csakis egy órával az étkezés utáni időben ajánlja. Hasonló célból lettek már régebben alkalmazva a belladonnakészítmények, a nélkül azonban, hogy a hatás módja tisztázva lett volna; ezen kérdés *Riegel* legújabb vizsgálatai által lett megvilágítva. Ő ugyanis kutyákon és emberekben végzett vizsgálatai alapján kimutatta, hogy az atropinum sulfuricumnak a gyomorsecretiora, nevezetesen a sósav elválasztásra, kifejezetten lezállító hatása van.

*Ord*³⁵ már régebben ajánlotta a jodkalit. Az általa észlelt jó hatása a szernek nehezen volna megmagyarázható, mert legalább referens vizsgálatai azt mutatták, hogy a jodkalium még oly adagokban sem befolyásolja a gyomorsav elválasztását, mely adagok sok esetben jodismust idéztek elő.

A tüneti kezelésnek legfontosabb tárgya a vérzés. A vérhányás, mint az ismeretes, az ulcus ventr.-hoz elég gyakran társul, *Brinton* szerint az esetek 29%-ában; *Gerhardt* eseteinél 47%-ban lépett fel. A gyomorvérzés kezelése ugyanazon szempontokból történik, mint minden más szervből eredő vérzésé.

Az eljárás, a mit a gyomorvérzések ellen ma alkalmazunk, tökéletesen megegyezik a régivel; szigorú nyugalom, abszolút koplalás, jégzsákok külső, ergotinnak morfinnal felváltott subcutan alkalmazása. *Ewald*nak két esetben sikerült a vérzést oly módon megszüntetni, hogy a gyomoresővön át jeges vízzel töltötte meg a gyomrot. Ez az eljárás azonban könnyen érthető okokból sok követőre nem talált. Az általánosan használt gyógyeljárással az esetek legtöbbszörében sikerül a helyzet urává lenni és ritkán ölt a vérzés oly alakot, hogy a sebészi beavatkozás a vérzés által okozott életveszély szempontjából kerülne szóba; de ha ez az eset áll elő, úgy az eddigi tapasztalatok szerint a sebész beavatkozásához sem fűzhető sok remény, mert ugyancsak elvéve találkozzunk az irodalomban oly közleményekkel, melyek a vérzésnek sebészeti úton való eredményes megszüntetéséről számolnak be. Így *Mikulicz*,³⁶ a kinek az ulcus sebészi kezelésében a legnagyobb tapasztalatai vannak, csak egy esettel rendelkezik, a hol vérzés közben és miatt eredménytelenül operált; az illető esetben a vérzés az art. cor.

sup.-ból eredt és egy 20 fillérnyi fekély resectioja után a beteg teljesen gyógyult.

Ezenkívül az egész irodalomban *Rouxnak*³⁷ van csak egy szerencsés operált esete, a többi, vérzés miatt megkísérlett műtétek eredménytelenek voltak. A sebészi beavatkozásoknak nagyobb tere van a gyomorfekélynek egyéb, a belgyógyászati kezeléssel daczoló, vagy annak hozzáférhetetlen complicatioinál. A műteti indiciókat *Leube* a következőkben foglalja össze:

- abszolút indiciót képeznek oly vérzések, melyek nem profusok ugyan, de gyakran ismétlődnek és a beteget elgyengítik,
- pylorus-szűkület által előidézett és ismételt belső kezeléssel daczára is fennálló fájdalmak és hányás,
- perigastritikus összenövés, melyek a belső kezeléssel szintén daczolnak, palpabilis adhaesioknál abszolút az indicatio, úgyszintén subphrenikus vagy más az ulcussal összefüggésben álló tályogoknál,
- az ulcusnak perforatioja a hasüregbe.

Az utolsó években lényegesen javultak a pylorus-szűkületeknél gastroenterostomiával és a parigastritikus összenövéséknél az adhaesiok megszüntetésével elért eredmények. Így *Stendel* a Czerny-klinikáról közölt statisztikája szerint 200 műtetre 72 halálozás esett. És míg a halálozás eleinte 45%-ot tett ki, később a műteti technika fejlődésével 16%-ra süllyedt. *Heinecke* ugyanazokat az indiciókat állítja fel a műteti beavatkozásra, mint *Leube* és *Mikulicz*, ellenben *Hofmeister* mint abszolút műteti beavatkozást az ulcusnak a szabad hasüregbe való perforatiojának a lehetőségét említi; ezen javaslatnak a gyakorlatban való keresztülvitele ellen szól az, hogy szinte lehetetlenség olyan specialis diagnosisa az ulcusnak, mely szerint annak a perforatioira való hajlama előre megállapítható volna.

A műteti beavatkozásokat illetően egy pontban nincs teljes egyetértés a sebészek és belgyógyászok között; míg *Leube* a nem komplikált gyomorfekélyeket kizárólag a belgyógyász működési köréhez számítja, addig *Mikulicz* a nem komplikált gyomorfekélyvel járó életveszélyt nagyobbának tartja, mint azt, a minék a beteget az operatio teszi ki és ezért ő minden olyan complicatio nélküli esetben is, a hol a belgyógyászati kezelés semmi, vagy csak csekély eredménnyel járt, abszolútnak tartja a műteti beavatkozásra az indiciót. Ilyen indicatio alapján *Cahn* volt az első, a ki *Lücke* által egy beteget eredménnyel megoperáltatott, legújabbban pedig 21 complicatio nélküli ulcus-betegnek a megoperálásáról számol be *Tricomi*,³⁸ a kik közül 19 meggyógyult. Abszolút indicióját képezi a műteti beavatkozásnak a fekélynek a szabad hasüregbe való perforatioja. Annak daczára, hogy az utóbbi időben kivált az angol és az amerikai sebészek (*Weir* és *Foot*,³⁹ *Cosh*,⁴⁰ *Littlewood*,⁴¹ *Thomas Morse*⁴²), a németek közül *Hofmeister*,⁴³ *Klaussner*,⁴⁴ *Strauch*,⁴⁵ *Mikulicz* kedvező eredményekről számoltak be, a műtét kihatásai még mindig csekélyek. *Leube* például csak két esetben látott gyógyulást. Eredményes beavatkozásra csakis akkor lehet kilátás, ha a műtét a perforatio utáni első órákban hajtatik végre, de a perforatiót követő első sok lezajlása után és ha a véletlen annyiban kedvez, hogy az átfúródás idejében üres a gyomor. Az összes eredménnyel műtett-esetekben a műtét a perforatiót követő első tíz órán belül hajtott végre.

Mindezekből látható, hogy a kerek gyomorfekély gyógykezelése, eltekintve az inkább a complicatiokra, illetőleg a detailokra szorító szerepétől a sebésznek és egyes újabban ajánlatba jött gyógyszeres eljárásoktól, lényegében a régi maradt. És hogy valóban hálás feladatot képezze az az orvosnak, erre nézve nem annyira a buzgósgát újabb gyógyeljárások keresésében és alkalmazásában, hanem sokkal inkább a régi, kipróbált ulcus-kúrának a részletekben is minutiosus, szigorú és lelkiismeretes keresztülvitele kívánatos!

Könyvismertetés.

Über traumatische Entstehung innerer Krankheiten. Klinische Studien von Prof. Dr. R. Stern in Breslau. II. Jena, Verlag von Gustav Fischer.

Csak néhány év óta foglalkozunk a sérüléseknek, a trauma különböző neveinek a belső szervek megbetegedéseire való behatásának tanulmányozásával. A trauma és a belső megbetegedések egymáshoz viszonyított viszonyait azóta figyeljük meg behatóbban, mióta körboncztanilag nyert beigazolást, hogy a látszólagos kis sérülés is képes jelentékeny elváltozásokat előidézni nemcsak a sérülés közvetlen szomszédságában levő szervekben, hanem az attól jóval távolabbi szervekben is, sőt hogy az ilyen sérülést követő halálos kimeneteli megbetegedés nem is ritka. Az ily irányú megjelent közlemények száma jelentékenyen megsaporodott, az oki momentumok kifürkészése a belső megbetegedések keletkezésére nagy jelentőséget s gondos megfigyelést nyert, mióta az ipari baleset-biztosítás Németországban törvényileg kötelezően behozott. Annak eldöntése: vajjon a sérülésből eredő megbetegedést a baleset okozta, vagy hogy a jelenlevő kóros elváltozás egy korábbi megbetegedés, avagy egy a baleset folytán rosszabbodó folyamat-e, szerfelett fontos lehet az illető egyén jövőjének anyagi biztosítása szempontjából is. E fontos gyakorlati szempontnál jóval inkább érdekel azonban annak tudományos megállapítása, vajjon a trauma képes-e tényleg előidézni vérköpést, fekélyt a gyomorban s belekben, és vajjon milyen az összefüggés a külerószak okozta sérülés s a tüdő-, mellhártya, szív, bel- s külhártya, szivizom, hashártya, vese, gyomor és bél nyákhártyájának stb. lobja között. E kérdések fejtegetésével s tanulmányozásával egy eddig nem méltatott aetiologikus momentum, egy eléggé nem tisztázott új fogalom hozatott az orvostudományba.

A traumás eredetű belső megbetegedések nem nyújtanak u. i. úgy, mint ezt a külső sérülések után a bőrön, az izmokon, inakon, ízületeken vagy csontokon megszoktuk, a tüneti körképben egy állandó s mindenkor jellegzetes tünetcsoportot; e tünetek nem is fejlődnek ki azonnal a sérülés után s nem is azon helyen, melyen a trauma megtörtént, hanem gyakran sokkal távolabbi helyeken s jóval később. Ezen körülmény okozója ama nehézségnek, mely akkor jelentkezik, midőn az orvos mint szakértő kénytelen eldönteni, vajjon a közvetlenül vagy közvetve keletkezett kórkép oki összefüggésbe hozható-e a sérüléssel, vagy vajjon ez csak a viszonyok véletlen találkozása, vagy hogy nem egyszerű színlelése-e ez a jelen viszonyoknak. Mind e kérdések szakértői eldöntése néha igen bajos, máskor majdnem lehetetlen.

Stern boroszlói tanárnak művel, melynek imént megjelent második kötete előttünk fekszik, egy a felsorolt s érintett kérdésekkel tudományosan foglalkozó könyv birtokába jutottunk, mely mind e kényes s kötes kérdésekben felvilágosítást és útbaigazítást nyújt, mert nem egyedül az eddig szétszórt irodalmat, az egyes szakközleményeket s állatkísérleteken alapuló tanulmányokat találjuk benne bőven fejtegetve s bírálatilag felsorolva, hanem a különböző szervek megbetegedéseinek tüneteit, kórjósátát, gyógytartamát s esetleges kórbonczitani leletét is. A tünettartálylásánál igen sok helyen rámutat a magyarázatok hiányosságára, mintegy ráczélozva ama számos megoldatlan s megfejtetlen kérdésekre, melyekre csak évek múlva fog feleletet adni a megfigyelés, a tapasztalat, karöltve a pontos állatkísérletekkel. Minden fejezet tulajdonképp egy külön tanulmány, egy gondos észlelésen, bő tapasztalaton s szakszerű megfigyelésen alapuló, külön is referatumba érdemes közlemény.

E műnek áttanulmányozása mellett a belső megbetegedéssel foglalkozó orvosnak, valamint a klinikusnak a megbetegedések megítélésére új tér nyílik, mert oly kórelőzményekre s számos oly tünetre hívja fel a figyelmet, melyre eddig nagyobb súly helyezve nem lett. Stern az ipari munkások különböző megbetegedéseinek megítélésére egy nélkülözhetlen könyvet szolgáltatott, melynek alapos átolvasása számos esetben meg fogja óvni az orvost attól, hogy a külső viszonyoknál fogva előtte színlelés gyanújában levőket, de tényleg mégis betegeket ok nélkül, illetve ismereteinek hiánya folytán egészségeseknek nyilvánítson. A jeles műnek értékét az nem csorbitja, hogy egyes, a sérülést követő megbetegedéssel, pl. hernia epigastrica, igen röviden vagy csak épen említést téve foglalkozik, hivatkozva azonban mindig a sebészeti vagy baleseti megbetegedéseket tárgyaló könyvekre.

Az alapos munkát, melynek második kötete a trauma által előidézett összes hasi szerveknek, az anyageserének és vérnek megbetegedéseivel foglalkozik 300 oldalon át, egy jól szerkesztett tárgy- és névmutató egészíti ki. Örömmel feljegyezhetjük, hogy a szerző nemcsak a német, francia s angol irodalmi adatokra fektette a súlyt azoknak feldolgozásánál, hanem hogy a magyar közleményeket sem hagyta figyelmen kívül, mint ezt Réczey, Purjesz, Tangl, Alapy dolgozatainak méltatása is mutatja.

Friedrich dr.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

A vérnek lehülés következtében beálló változásairól. *Reineboth* a „Deutsches Arch. f. klin. Medicin“ 1899. LXII. kötetében, *Reineboth* és *Kohlhardt* ugyanazon folyóirat 1899. LXV. kötetében leírták ama változásokat, melyeket erősen lehűtött állatok vérében tapasztaltak. Házinyulakat 5 percze jeges vízbe téve (1–3° R.), azok vérében szerintük a vörös vérszettek száma is, főleg azonban haemoglobintartalmuk megfogyott, vagyis haemoglobinaemia lépett fel. Ismételt lehűtések után az erythrocyták száma is jelentékenyen megcsappan. *Grawitz* a „Centralbl. f. inn. Medicin“ 1899. évi 46. számában megczafolni igyekszik fent nevezett szerzőket. Szerinte lehűtés következtében a vér sűrűsödik, azaz a vörös vérszettek száma szaporodik. Ez történhetik vagy az által, hogy a hideg a vasomotorokra hatva, edényösszehúzódnak lépnek fel s ez által serum szorul ki belőlük, vagy pedig az által, hogy olyan szervekből jutnak a test felületéhez vörös vértesszékék, melyekben normalisan pangás, stasis, vérszettelhalmozódás van. E változás azonban mindenképp mulandó. *Reineboth* és *Kohlhardt* adatai szerint a haemoglobinneménység egy harmadával megfogyna. Ha így állna a dolog, az állatok haemoglobinuriában elpusztultak volna. Ok az állat vérének körülbelül 1/6-át bocsátották ki egy pangó edényből s azt centrifugálták. Ez által az állaton acut anaemia állott be. Pangó edényekben hidegbehatás nélkül is kilép a sejtekből haemoglobin és centrifugálás által teljesen normalis körülmények között is juthat haemoglobin a serumba. Ezeket a hibákat kívül arra is figyelmeztet *Grawitz*, hogy a *Fleischl*-féle haemoglobinometer ily subtilis vizsgálatokhoz nem elég pontos. Ő a felsorolt kísérleti hibák kizárásával megismételte régebbi kísérleteit s ismét arra a következtetésre jut, hogy rövid ideig tartó lehűtés a vörös vérszettek (relatív) szaporodását vonja maga után, a serumban pedig a spektroskop nyomát sem mutatja a haemoglobinnak. A hydrotherapia tapasztalatai sem igazolják *Reineboth* állításait. A „Centralbl. f. inn. Medicin“ 1900. évi 3. számában *Reineboth* felel *Grawitz*nak. *Reineboth* igen jól tudja, hogy haemoglobinométer hibás, csak hogy minden kísérletében a hibaforrásokat jóval meghaladó resultatumhoz jutott. A *Fleischl*-féle számok csak arra való, hogy a haemoglobin fogyását vagy szaporodását mutassák, s nem akarnak pontos százalékok jeleníteni. Epen azért nem lépett fel haemoglobinuria a kísérleti állatoknál, mert a haemoglobin százaléka nem volt oly nagy, mint azt a haemoglobinometer mutatta. A mi *Grawitz*nak a pangó vérre vonatkozó megjegyzését illeti, arra azt mondja *Reineboth*, hogy normalis nyúl össze- hasonlításhoz való vérének is a pangó vena jugularisból vette, mindkét

esetben bizonyos vérmennyiség kibocsátása után. 1.5 cm³ vérből ülepités által, mint az *Grawitz* tette, lehetetlen teljesen vértesszékmentes serumot kapni, mert azt többször le kell szivni. A mi a spektroskopos vizsgálatokat illeti, elég vastag rétegben normalis állapot serum is mutatja a haemoglobinnra jellegző elnyelési csíkokat, míg elég vékony rétegben haemoglobintartalmú vér sem mutatja őket. Kérdés ezért, hogy *Grawitz* mikép eszközölte ezeket a vizsgálatokat. A hydrotherapiában soha sem fordul elő 10–15°-kal való lehűtés, mint a kísérleti állatoknál. *Grawitz* a „Centralbl. f. inn. Medicin“ ugyanazon füzetében azt feleli *Reineboth*-nak, hogy a vena jugularis pangó vérből csak a később jövő eszepeket fogva fel, még nem zárja ki biztosan az említett hibát, az ülepités útján való serumnyerés egész kifogástalan eljárás és igazi haemoglobinaemiát vékony rétegben is biztosan kimutat a spektroskop.

Marikowszky György dr.

Belgyógyászat.

Meralgia paraesthetica két esetében *Chipault* a nervus femorocutaneust reszekálta. Az operatio után egy hónappal a betegek teljesen meggyógyultak; ugyanez eljárás *Souques* egy régebbi esetében is gyógyulást eredményezett. (Revue neur. 1899. 23. sz.) —ts.

Syringomyelia 11 esetét vizsgálták *Philippe* és *Oberthür*, és a gerincezvelőben mindannyiszor *pachymeningitis cervicalis hypertrophicát* is találtak. Ez utóbbitól magyarázzák azon fájdalmakat, melyeket néha a betegség kezdetén észlelni lehet. Szerintük a két baj párhuzamosan ugyanazon közös okból fejlődik, a nélkül, hogy okvetlen egymástól függenének. (Revue neur. 1899. 23. sz.) —ts.

Kísérleti és klinikai tapasztalatok az urotropinról. Az urotropin tartalmazó vizelet 37°-nál steril marad, a mi szobahőmérsék mellett nem következik be. *Nicolaier* ezt az urotropinból 37°-nál lehasadó formaldehydnek tulajdonítja. A testhőmérséklet mellett a húgyutakban bekövetkező ezen hatáson kívül fontos az urotropin húgysavoldó képessége, a melyben az általa néha megindított fokozott vizeletelválasztáson kívül a formaldehyd is szerepelhet. Az urotropin 1–1.5 gm.-nyi napi adagokban sokáig adható. Nagyobb adagokban hólyagzavarokat okozhat. 15 esetre terjedő tapasztalatból *Nicolaier* arra az eredményre jut, hogy az urotropin kitűnő eredménnyel alkalmazható a legkülönbözőbb eredetű hólyaghurutoknál, a hólyagtuberculosist kivételével. Az urotropin prophylaxis céljából is alkalmazható minden olyan esetben (catheterezés stb.), a mikor a hólyag fertőzésétől lehet tartani. Húgysavas diathesisnél és némely phosphaturiánál szintén hasznosnak bizonyult. (Zeitschrift f. klin. Med. 38. kötet, 4–6. füzet.) *Kövesi Géza* dr.

Mucinalvadék a vizeletben. *Frank* egy esetet ismertet pyelitis productiva név alatt, a melyben vesekőlikarhamok állottak fenn. A rohámok végével nyákcszafatokkal telt, zavaros vizelet ürült. *Frank* szerint az ismeretlen okból származó rohámok lényegét képező sima izomgörcs megakadályozza a nyálkahártya productumainak eltávolodását, a melyek megalvadva ürülnek ki a görcs megszűnte után. (Zeitschrift f. klin. Med. XXXVIII. kötet.) *Kövesi Géza* dr.

Szülészet és nőgyógyászat.

A magzat sérüléseiről szülés alatt értekezik *David Ferrup Doherty*. Hűdés, torticollis, ficzomodás, medence-elgörbülések gyakran a születés idejéből származnak. Koponyacsontok behorpasztása, törése, haematomák, különösen a sternocleidomastoideusban, facialis hűdés, csigolya-, medence-, czomb-, lapoc-, kulcsesont-, kartörések, az epiphysisek leválása, ficzomodások, a flexura sigmoidea, a máj és más szervek repedése, vérömlenyek, sőt csontszilánk által okozott pleura-sértés és következményes pneumothorax vannak feljegyezve. Ruge 64, a szülés alatt elhalt magzat boncolását végezte. 38 eset elégséges volt, hogy valamennyi említett sérülés együtt legyen, a mi egy olyan physiologiai folyamatnál, minő a szülés, elég szomorú. Ezek közül egy részt a szűk medence okozott, más rész a szülés rovására esik, a ki néha nem ügyel eléggé és ok nélkül siet, máskor azonban a magzat élete érdekében a kisebb bajt választja. Néha tényleg a legnagyobb vigyázat mellett sem lehet a sérülést elkerülni. A sérülések százalékát nehéz meghatározni, mert nem szívesen vallják be. *Smellie* volt az első, a ki 1000 szülésből 2 felkar-, 3 czombesonttörést és egy ficzomodást közölt. *Osiander* egy esetben mindkét czomb törését említi, a hol tűzlárma következtében a szülő nő az extractio közben hirtelen megmozdult. *Michaelis* 4 kulcsesonttörést csinált. *Ahlfeld* esetében 2 csigolyatest epiphysise vált szét. *Schatz* felkar- és kulcsesonttörést említi. Ezeket kívül még egy csomó hasonló eset van az irodalomban feljegyezve. Leggyakoribbak a sérülések extractionál és fordításnál. Hogy spontán törések is előfordulnak, arra példa *Chaussier* esete, a ki a csontvázon intrauterin osteomalacia esetében több mint 100 törést fedezett fel. Másrészt szűkmedenceznél a koponyacsontok behorpadhatnak, sőt törhetnek is, de csöves csontok alig. Kulcsesont spontán törésének sajátosságát közli *Goodell*, a hol az igen heves fájás alatt a koponya a szeméremrésen át nyomult ki, vele egyidejűleg az egyik kéz az anuson. Egy következő fájás alatt megszületett a magzattest többi része, de a visszatartott kar kulcsesontja eltört. *Küstner* a magzat-csontok ellenállását megterhelésekkel bírálta és phantomon műtét próbát tett. Szerinte a kulcsesont 3 kg. erőnél törik, még pedig az ujjak nyomása, a karok kifejtése közben. A felkarsont 4 kg. erőnél, többnyire a karok lefejtésénél törik, a czombesont 15 kg., a tibia 10 kg. erőnél, többnyire húzás alatt. Az erő foka s iránya a főtényezők. Prophylaxis szempontjából tekintetbe kell venni a magzattest arányát a

medenczéhez; fordítás után csak akkor extraháljunk, ha kell; vizsgáljuk idejekorán a vizeletet, hogy elkerüljük az eklampsiát; szűk medenczenél esetleg koraszülés indikált; lógó hasnál haskötő viseltetése jó szolgálatot tehet. Szülés alatt kiméljük a burkot s a műtétekkel általában conservatívek legyünk, s ha lehet, expressiót vagy fogót alkalmazzunk, a fordítást ritkán, az extractiót pedig a hasfal felől gyakorolt nyomás segítségével végezzük. Műtét után vizsgáljuk meg az újszülöttet, mert ennek az elmulasztása néha nagyon megboszulhatja magát s végzetes lehet a gyógyíthatás szempontjából. Sok, a későbbi életkorban gondot okozó pseudoarthrosis is bizonyára az annak idején elmulasztott czélszerű kötés terhére esik. (The Americ. Journ. of gynaec. and obstetr.)

Kubinyi Pál dr.

A retroflexio gyógyításának mai állása ezimen értekezik *Flaischlen* e jelentős kérdésről. Az uterus retroflexioja magában is rendkívüli, jelentős panaszokra adhat alkalmat; hangsúlyozzuk: *adhat*, de nem *kell*, hogy szükségképpen adjon is. A retroflexio gyógyításánál használatos gyűrűkezelésnek az a czélja, hogy a rendes állásába visszahelyezett méhet ezen állásban állandóan meg is tartsa. Ennélfogva a méhnek, mielőtt gyűrűt alkalmazzunk, már anteflectált helyzetben kell lennie. A használatban legelterjedtebb gyűrűk a Hogde- és Thomas-félék, s újabban a Schultze-féle 8-as alakúak; mindegyiknek az a közös hatása, hogy kifeszíti, hátra- és felfelé húzza a hátsó hüvelyboltozatot, ezzel kényszeríti a cervixet, hogy hátul maradjon meg, mialatt a méhtestet a hasúri nyomás előre nyomja. A gyűrű anyaga sokféle lehet. *Flaischlen* a hajlítható zink-gyűrűket szereti. Mielőtt gyűrűt behelyeznénk, először meg kell győződnünk bimanualis úton a méhtest mozgathatóságáról, s ha mozgatható, anteflexióba kell hoznunk; legsikeresebb ez az eljárás hanyattfekvésben, vizsgáló-asztalon, üres hólyag s végbél mellett. Meglehetősen gyakorlat is kell hozzá. A hüvelybe vezetett egy vagy két ujjunkkal a hátsó hüvelyboltozatot át a méhfeneket oldalt s lehetőleg magasra toljuk, ezalatt enyhén, laposan feltett másik kezünkkel igyekszünk a hasfal ellenállásának legyőzésével a méhfenek mögé kerülni, felemelni, s előre, a symphysis felé dönteni. Szűk hüvely és vastag hasfal megnehezíti ezt az eljárást. Ilyen esetekben méhkutatóval emelhetjük fel a méhet, s ha teljesen szabad az uterus, és környezetében, főleg a tubákban lobos folyamat nincsen jelen, nem okozhatunk a sondával bajt. Hangsúlyozzuk azonban, hogy a méhnek sondával való felemelését csak az próbálhatja meg, ki a jelzett viszonyokat meg tudja ítélni, vagyis, a ki a nőgyógyászati diagnosztikában teljesen jártas. A gyűrűt óvatosan kell bevezetni. A leggyakoribb hiba a gyűrű bevezetésénél az, hogy nem tárjuk fel eléggé a szeméremrést s így az urethra bulbusát nyomjuk, vagy pedig, hogy a mellő hüvelyboltozatba vezetjük a gyűrűt. A rögzített retroflexiók terápiáját B. S. Schultze fejlesztette ki. Czélja, hogy összenövéséből felszabadítsuk a méhet. Narkosisban szoktuk végezni per rectum az uterus fundusig bevezetett egy vagy két ujjal, a másik kézzel a hasfalán át igyekszünk átfogni a méhet, s így győződnünk meg arról, hogy milyenek a peritoneális összenövések s a netáni parametran folyamatok; a két kéz együttes munkájával igyekszünk innen felszabadítani a méhet, esetleg a Douglasba lenőtt tubát, ovariumot is. Újabban a gyűrű nélkülözhetővé tételére számos operatív gyógy-eljárást fedeztek fel: 1. *Alquié-Alexander*, vagy *Alexander-Adams*-féle műtét, melylyel a lágyékesatornán át rövidítjük meg a méh görgeteg szalagját s ezzel hozzuk anteflexióba a méhet. Csak mozgatható retroflexionál válik be. 2. *Olshausen-Sünger*-féle *ventrofixatio*, a mikor a méh szarvait, vagy a széles szalagok redőit erősítjük a hasfalhoz hasmetszés után; *Czerny-Leopold* szerint magát az uterus fenekét erősítjük a hasfalhoz. A *ventrofixatio* eredményei kitűnőek; maradandó gyógyulás mutatkozik 5–6 éves esetekben is. Főképp a megkötött retroflexionál jelentős, mikor a lenőtt méh felszabadítása képezi a műtét első feladatát. *Werth ventro-vesicofixatiót* csinál, mikor nemcsak a hasfalhoz, hanem a hólyaghoz is odaerősíti a méhet, s *vesicofixatiót* prophylactice akkor, ha egyéb okokból végzett hasmetszést. *Kaltenbach* (*Czempin*) *ventrofixatiót* végez a hashártya megnyitása nélkül. Az infectio vesiculae egyáltalán nincs kizárva vele, s nagy hátránya, hogy a műtét helye nincs szem előtt. 3. *Mackenrodt* s *Dührssen* az uterus *agynofixatiót* végezték sok száz esetben akként, hogy az elülső hüvelyboltozat megnyitása s a hólyag feltolása után a méh elülső falát, vagy magát a méhfenekeket varrják több öltéssel a mellő hüvelyfalhoz. Gyógyeredményeik igen bizonytalanok; a hólyag ék módjára feszíti szét a fixatiót, mikor eredeti helyét igyekszik visszaszerezni; sok mellette az abortus s előhaladó terhesség mellett igen súlyos tünetek fejlődhetnek ki a méh hátsó falának egyoldalú kinyulása folytán, mialatt a mellő fal a kis medenczében marad, nem tud táguhni az előrement hegesezés miatt. *Dührssen* és *Martin vaginalis laparotomiát* végeznek s fixálják az uterus (kolpotomia anterior); *Stande hysterocystopezia* néven a hólyag s méh peritoneumát varrja össze. Mindezen s egyéb műtétek között a *ventralis* eljárások határozottan eredményesebbek. A therapia megbeszélésénél jó a szokott beosztást: *mobilis* és *fix retroflexio* szem előtt tartani. Az első nem ritka leányoknál sem, okuk obstitatio, chlorosis stb., melyek tudvalevőleg igen hajlamosítanak helyzetváltozásokra. E *virginalis retroflexiót* alig szorúlnak helyi kezelésre. Az ok ellen kell ilyenkor küzdenünk; esetleg narkosisban vizsgálni s javítani a retroflexiót. Ha endometritist okoztak (menorrhagiák), kaparás, edzés ajánlatos. Gyűrű viselése nagyban zavarja e virginalis személyek psychéjét, s ha egyéb okok sem engedik meg ezt, pl. a szűk hüvely, *Alexander* műtete lehet előnyös. A legtöbb mobilis retroflexio olyan nőknél jó elő, kik már szültek. Okai: subinvolutio a gyermekágyban, nem tökéletes hólyagürítés, hosszas hanyattfekvés, igen korai felkelés a gyermekágyból stb. Az egyszerű javítás sokszor gyógyulást is jelent, s ha ekkor

egyéb gyógyító, a méhet visszafejlesztő eljárásokat (irrigatiók, ergotin stb.) alkalmazzunk, tartós az eredmény. Ha a repositio többszöri ellenőrzés után sem sikeres, gyűrűtherápia vezethet eredményhez. Sokkal gyakoribb az az eset, mikor a beteg gyermekágya után hónapokkal, évekkel kerül az orvos szeme elé. Minél régebbi a megbetegedés, annál tovább kénytelen a beteg gyűrűt hordani; a következetes kezelés még relative régi bántalomnál is sikeres lehet. Operatív kezelés mozgatható retroflexióknál ivarérett betegnél csak akkor javalt, ha a hosszas gyűrűkezelés nem vezetett eredményre, s a beteg panaszai nem szűnnek. Ilyenkor a lig. rot. megrövidítése javalt: *ventrofixatio* pedig akkor, ha egyéb okokból kell laparotomiát végezni. A *fixált retroflexio* gyógyítása igen hálás tere a nőorvoslásnak. Okai: izzadmány maradékok, parametritikus folyamatok, melyek az egyik széles szalagot megrövidítik; perimetritikus összenövések tuba megbetegedések után stb. A repositiót megkíséreljük egyszerűen bimanualiter, ha ez nem eredményes, mély narkosisban igyekszünk czélhoz jutni (*Schultze*). Ilyenkor gyakori az az eset, hogy látszólag vissza nem helyezhető uterusokat egész könnyűséggel tudunk rendes helyükre hozni. Ha perimetritikus összenövések vannak jelen, sokszor sikerül ezeket a narkosisban szétválasztani, ugyancsak felszabadíthatunk gyakran a Douglasban tapadó ovariumokat is. Ha parametran hegek okai a retroflexionak, a melyek az uterus felegyenesítését akadályozzák, fontos s eredményes lesz a *massage*-therápia, egybekötve hüvely-öblítésekkel (45° C. vízzel). De ez az épen leírt *Schultze*-féle eljárás is gyakran eszerben hagy, nem sikerül semmiképpen sem megbontani az adhaesiákat; ilyenkor persze kénytelenek vagyunk a *ventrofixatiót* végezni. Tekintetbe veendő ilyenkor a beteg socialis helyzete is, pl. ha a beteg megélhetését retroflexioja kétségessé teszi az okozott munkaképtelenség miatt. A retroflexio tünetei sokszor fokozódnak a terhesség alatt. Ilyen esetekben felegyenesítjük a méhet s gyűrűt hordatunk addig, míg az uterus kiemelkedik a kis medenczéből (V. hónap); nagyfokú érzékenység esetén narkosisban végezzük a felegyenesítést. A retroflexio gyakori oka az abortusnak; repositioval feltartóztatható a fenyegető abortus. Ha nem tud kiemelkedni a promontorium elé a terhes retroflectált uterus, az *incarceratio* tünetei állhatnak be, melyek ugyancsak — esetleg narkosisban végzett — felegyenesítéssel megszüntethetők. (*Graefe Sammlung* stb. I. kötet, 3. füzet.)

Csiky János dr.

Bőr- és bujakörtán.

12 éves fiúnál fellépett kankó-esetről tesz említést *F. Roth*. A subjectiv és objectiv tünetek a hügyecső mindkét része és a hólyag bántalmazottsága mellett szóltak. Infectio mikéntje ismeretlen. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.* 29. k. 11. szám.)

M. T.

Halálosan végződő érdekes syphilis-eset ír le *Colombini*. A 29 éves földművesnél az infectio 9 év előtt történt, nagy sclerosis a koronaárokban. Helyi kezelés; maculo-papulosus bőrsyphilis; rövid ideig tartó belső kezelésre gyors javulás, miért is beteg azt abbahagyta és a következő 9 év alatt, dacára, hogy pár könnyű recidíva lépett fel, nem is részesült többé kezelésben. Felvételkor az egész testre kiterjedő rupiaszerű kúteg, mely semmi hajlamot nem mutat a gyógyulásra; paronychia ulcerosa; glossitis gummosa; nagyfokú lesoványodás; intermittáló lázak. Beteg nem volt dohányos, ellenben kisebb mérvben alkoholist. Kombinált higanyos, jodos és tonizáló kezelésre csak igen kevés javulás; 25 napi kórházi tartózkodás után hazamegy, de már 1 hó múlva, miután otthon állapota ismét gyorsan rosszabbodott, visszatér; 5 hét múlva exitus syphilis cachexiában, miután már előbb álmatlanság, heves fejfájás, étvágyhiány és csillapíthatatlan hasmenés mutatkozott. Boneczoltnál a legérdekesebb lelet a homlokcsont elváltozása és pedig annak csak belső oldalán; átmérője a homlokcsont felett j. o. 32, b. o. 35 mm. Osteosclerosis syphil. Osteitis gummosa, a mit a göröcsői vizsgálat is beigazolt. Érdekes, hogy a csont ily óriási elváltozása dacára sem léptek fel soha agytünetek (fejfájás csak az élet utolsó napjaiban jelentkezett más okokból), a mi csak úgy magyarázható, hogy a homlokcsont daganata bár folyton, de igen lassan fejlődött, de még így is érdekes világot vet arra, hogy mennyire képes az agy a rendellenes viszonyokhoz alkalmazkodni. (*Monatsh. f. prakt. Dermat.* 1899. 29. kötet, 9. szám.)

M. T.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Belső vérzések után czélszerű a folyadékfelvételt megszorítani, a mennyiben a nagyobb folyadékfelvétel folytán fokozódó vérnyomás a képződött laza thrombus leszakíthatná. Belső vérzések után tehát 2–3 napon át legfeljebb 1 liter folyadékot engedünk meg naponként; a rendszeren jelenlevő szomjúságot jéglabdacokkal, hűvös szájöblítésekkel enyhítjük, esetleg opiumot vagy codeint adunk. (*Therapie der Gegenwart*, 1900. 1. füzet.)

Cholelithiasisnál a karlsbadi kúrát házilag következőképpen végeztet *Naunyn* tanár: A beteg mindennap naponként kétszer 3–3 órán át fekszik (délelőtt 1/29–1/212, délután 3–6) és ezen idő alatt nagy meleg kataplaszmákat rak a májtájékra. Ugyanakkor 10–15 percnyi időközben 100–100 köbcentimeter lehetőleg meleg (45° C. hőmérsékű) karlsbadi vizet iszik (nem karlsbadi sötét vízben oldva); ha ennyit nem bír el a beteg, akkor délután ritkábban adjuk a vizet, vagy pedig az egyszerre adott mennyiséget csökkentjük. A beteg háromszor étkezik naponként: reggel 1/28-kor, délben 1-kor és este 7-kor. Zsíros ételek, hüvelyes vetemények, kel, savanyú káposzta, alkohol kerülendők. Rendes székrel minden körülmény közt gondoskodni kell. A kúra 3–4 hétig tart. (*Therapie der Gegenwart*, 1900. 1. füzet.)

Hetiszemle és vegyesek.

— A főváros egészsége a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1900-dik év hetedik hetében (1900. február 11-dikétől február 17.) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1900-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 669,120, katona 16,220, összesen 685,340. Elveszültek 493 gyermek, elhalt 253 egyén, a születések tehát 240-el multák felül a halálozásokon. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 37.4. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra: 19.2, az egy éven felüli lakosságnál: 14.4, az öt éven felüli lakosságnál: 12.2. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 1, angina diphtheritica 1, pertussis 1, morbilli 3, scarlatina 3, variola —, cholera asiaticus 1, typhus abdominalis 1, febris puerperalis 3, influenza —, egyéb ragályos betegségek 5, meningitis 14, apoplexia 6, eclampsia 10, szervi szívbetegség 14, pneumonia, pleuritis et catarrh. bronch. 39, tuberculosis pulmonum et phthisis 41, diarrhoea et enteritis 8, gastro-enteritis 6, rák és egyéb újkeletűek 10, ezek közül méhrák 3, morbus Brightii et nephritis 5, rachitis 4, scrophulosis 1, veleszületett gyengeség és alkathiba 20, atrophia et inanitis 3, marasmus senilis 13, erőszakos halálet 814, csökkenés 800, maradt e hét végén 2922 beteg. **B) Hevenyrágályos kórokban előfordult betegedések voltak 1900. évi február 11-dikétől február 18-dikéig terjedő első héten a tisztifőorvosi hivatal közleménye szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel):** cholera — (—), himlő (variola) — (—), scarlatina 45 (28), diphtheria, croup 16 (22), hagymáz (typhus) 3 (4), kanyaró (morbilli) 97 (88), trachoma 4 (5), vérhas (dysenteria) — (—), influenza — (—), hőkhurut (pertussis) 24 (18), orbáncz (erysipelas) 12 (18), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 1 (3), ezenfelül varicella 18 (28).

+ A budapesti orvosok szövetségének közgyűlése. A budapesti orvosok szövetsége folyó évi február hó 27-dikén közgyűlést tartott, melyen az egyes tárgyak élénk vita tárgyát képezték. A tárgysorozatra kitérő 2 személyi ügy közül csak az egyik került a közgyűlés elé. Ez egy kartárs beadványa volt, a melyben a szövetség közbenjárását kéri ügyében. Minthogy azonban a kartárs felelőssége már mind a három fórumnál elintéztést nyert, a választmány javaslatára a közgyűlés kijelentette, hogy adott esetben nincs mód a beavatkozásra. *Friedrich Vilmos*-nak a betegsegélyező pénztárak ügyében tett indítványát vita nélkül elfogadták. A *kolozsvári szövetségnek* azon átiratát, melyben azt ajánlja, hogy a hírlapi jogosulaton támadások ellen a szövetség tegyen lépéseket az egyes orvosok megvédésére, az Országos Orvos-Szövetséghez tették át. *Lichtmann dr.* a betegápolási pótadó alól való mentesség ügyében tett indítványát visszavonta. *Szántó Manó* azt indítványozta, hogy a szövetség gondoskodjék az üresedésben lévő állások nyilvánartartásáról s hogy tegyen lépéseket a qualificatio érvényesülése érdekében. A közgyűlés az indítványt az Országos Orvos-Szövetséghez tette át.

A tárgyalások iránt a budapesti orvosok még mindig nem tanúsítanak kellő érdeklődést, pedig a szövetség önkéntes és autonóm szervezetéből folyik, hogy a tagok köteleessége, hogy a megalkotott önkormányzattal éljenek is. Maguk a tárgyalások eddig mindig higgadtan folytak, a határozatok pedig érett megfontolás eredményei, de kíváncsiak is, hogy a *közgyűlés* tárgyalásaiból a személyes ügyek lehetőleg távol tartassanak.

G. E.

□ A tisztiorvosi vizsgák bizottságába a belügyminister három évi időtartamra úgy a budapesti, mint a kolozsvári vizsgáló bizottságba kinevezte az új tagokat. Kinevezte pedig a budapesti vizsgáló bizottságba: a közegészségügyre vonatkozó törvények és rendeletekből vizsgálól a bizottság elnökét, *Chyzer Kornél* dr. belügyministeri tanácsost; alelnökké és az elmekörtanból vizsgálól *Babarczy-Schwartz Ottó* dr.-t, az orsz. közegészségügyi tanács rendes tagját; a gyógyszerisméből és méregtanból vizsgálól *Tóth Lajos* dr. vallás- és közoktatásügyi ministeri osztálytanácsost; a közegészségtanból vizsgálól *Frank Ödön* dr. egyetemi magántanárt, közegészségügyi felügyelőt; a trachomaügyből vizsgálól *Feuer Nathaniel* dr. egyetemi ny. rk. tanárt, közegészségügyi felügyelőt; jegyzőül *Klasz Pál* dr.-t, az orsz. közegészségügyi tanács rk. tagját.

A kolozsvári vizsgáló bizottságba: a közegészségügyre vonatkozó törvények és rendeletekből vizsgálól a bizottság elnökét, *Chyzer Kornél* dr. belügyministeri tanácsost; alelnökké és a közegészségtanból vizsgálól *Purjesz Zsigmond* dr. egyetemi nyilv. rendes tanárt; a gyógyszerisméből és méregtanból vizsgálól *Udránszky László* dr. egyetemi nyilv. rendes tanárt; az elmekörtanból vizsgálól *Konrád Jenő* dr.-t, a nagyszabedni országos tébolyda igazgatóját; a trachoma-ügyből vizsgálól *Feuer Nathaniel* dr. egyetemi ny. rk. tanárt, közegészségügyi felügyelőt s jegyzőül *Engel Gábor* dr.-t, egyetemi ny. rk. tanárt, a kolozsvári országos Karolina-kórház igazgatóját.

□ A közegészségügy a képviselőházban. A képviselőház a belügyi tárca költségvetésének tárgyalása alkalmából a közegészségügygel az eddiginél alaposabban s bővebben foglalkozott. *Major Ferenczen* kívül, kinek beszédét a mult alkalommal ismertettük, *Smialowszky Valér*, *Pap Samu*, *Komjáthy Béla* szólaltak fel, kiknek beszédeire *Széll Kálmán* részletesen válaszolt. *Smialowszky* főleg a fürdők ügyére irányította a figyelmet, *Pap Samu*, a közegészségügy terén tapasztalható haladás vázolója után főleg a tuberculosis kérdését állította előtérbe s a társadalom által kezdeményezett sanatorium állami támogatását sürgette. *Komjáthy Béla* a gyermekhalandóság ügyében tett intézkedésekről óhajt felvilágosítást. *Széll Kálmán* mindenekelőtt kijelentette, hogy a közegészségügy ő is egyik legfontosabb állami feladatnak tekinti s

hogy ezentúl vele „behatóan s az eddiginél komolyabban és rendszeresebben kell foglalkozni.” A körörorvosokról a következőképp nyilatkozott:

„A körörorvosok kérdéséről ez a költségvetés és talán a jövő sem gondoskodhatik annyiban, hogy azoknak fizetése emeltessék és ennek meg is mondom az okát. A körörorvosok sem megyei, sem állami organumok, azoknak egész ügyét, sorsát, applicatioját, szolgálati viszonyait és fizetését majdan a közigazgatás szervezésének kell megfontolni és rendezni. En a közigazgatás rendezésének súlypontját a külső, a legvégső administationnak, a községeknek és a járásoknak rendezésében találom.” Részletesen nyilatkozott a trachoma kérdéséről is (lásd a „Szemészet” legközelebbi számában) s *Major Ferencz* álláspontját elfogadta. Legrészletesebben a gyermekhalandóság kérdésével foglalkozott s megismertette azon rendeletét, mely szerint az országos betegápolási alap terhére gondozás alá a következő kategóriába eső hét éven alóli gyermekek esnek:

1. A kik köz- vagy magánhelyen elhagyatva találtak, tehát a lelenckek.

2. Minden árva gyermek, a mely az árvaházban el nem helyezhető.

3. Minden gyermek, a mely betegsége, vagy szülőinek betegsége, vagy szülőinek a kórházban, a tébolydában vagy fogságban léte miatt állandó hatósági gondozás és kezelése alá tartozik.

4. Minden olyan hét éven alóli gyermek, a melyet tartásra kötelezett hozzátartozói, szülői vagy nagyszülői, megélhetési viszonyainak veszélyeztetése nélkül eltartani képtelenek.

Ezen intézkedések kivételére szerződést kötött a Fehér-kereszt- és a gyermekvédő-egyesülettel, hogy az országban fiókokat állítsanak fel, a melyekben a gyermekek a betegápolási alap terhére fognak ápolatni.

A belügyminister, mint látható, sok jóakarattal foglalkozik a közegészségügy kérdéseivel. Az Országos Orvos-Szövetség egyik fontos feladata, hogy a közegészségügyi kormányzatnak anyagot szolgáltatson remélhetőleg *tervező* és *céltudatos* munkásságához. A közegészségügy s az orvosok közös érdekében azonban óhajtható volna, hogy a községi és körörorvosok fizetéseinek kiegészítése állami segély címén még az államot is *előtt* kezdését vegye.

G. E.

— Az Országos Orvos-Szövetség igazgató tanácsa folyó évi február 25-dikén ülést tartott, melyen a tagok nagy számban vettek részt. Az elnök jelentéséből kiderül, hogy 69 fiókszövetség 3400 taggal működik. 35 alapító befizette a 200 korona összeget, az első magyar általános biztosító-társaság pedig 1000 koronával lépett ugyancsak a nyugalmidj- és segélyező-intézmény alapítói közé. Örömmel jelentheti, hogy a mint *Elischer Gyula* főpénztárostól értesül, az orvosbál körülbelül 13,000 koronát jövedelmezett. Az igazgató tanács a bál rendezőinek köszönetet szavazott. A főtitkár indítványára alaptőke gyűjtő bizottságot küldtek ki, továbbá megválasztották *György Tibor* és *Surányi Miklós* doctorokat számfeletti titkárokká. A községi és körörorvosok honoráriuma ügyében bizottságot küldtek ki. A biztosítási orvosi díjak ügyében a congressus határozatainak pontos végrehajtását kimondották, úgyszintén ama kötelezettséget, hogy a beteg kezelő orvosa nem lehet egyszerűen a társulat bizalmi orvosa. A kormányhoz intézendő feliratot bizottsághoz utasították. A tárgyaláson a vidéki tagtársak élénken részt vettek és nagyban hozzájárultak az álláspontok tisztázásához. Remélhető, hogy e buzgóság és lelkesedés meghozza a maga gyümölcsét.

* A budapesti városligeti Glück-féle sanatorium és vízgőgyintézet vezetését az elhunyt *Glück Ignác* dr. kir. törvényszéki orvos, volt tulajdonos fia, *Glück Gyula* dr. vette át.

☉ Megjelent: *Nékdám Lajos és Terray Pál*: A közkórházi orvostársulat 1899-diki évkönyve. Budapest, 1900. — *Tellyesniczky Lajos* dr. egyet. m.-tanár: *Művészi bonczolástan* II. füzet. Budapest, 1900. Ára 2 korona. — *Nagy Képes Világtörténet* 55. és 56. füzet. A rómaiak történetének folytatását tartalmazza Augustus korszakáig. Ára füzetenként 60 fillér. — *Grósz Emil* dr.: Magyarország orvosainak keresete. Kny. — *Tihanyi Mór* dr.: *Klaudios Galenos, az ó-kori görög orvosi tudomány legkiválóbb képviselője*. Budapest, 1899. — Prof. Dr. *W. Ebstein*: *Reiseerinnungen aus dem medicinischen Ungarn etc.* Leipzig, 1900. — *Liebermann Leó és Bugarszky István*: *Chemia*. Tankönyv. A m. kir. földmívelési minister támogatásával. Budapest, 1900.

† Elhunyt: *Heintzmann Franzanelli Ágoston* dr., negyvennyolczas honvédtörzsorvos, 83 éves korában Zomborban. — *Éder József* dr. 73 éves korában Székesfehérvárott.

Téli kúra Szt. Lukács-fürdő Budapest

A „Kristály” Szt. Lukács-fürdő savanyúvíz, mint kellemes ádít ital ajánlatik

Dr. *Herczel* egyet. m.-tanár újonnan épült „Fasorsanatoriuma” (magángőgyintézet) **sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek** részére. Budapest, VII., Városligeti fasor 9. sz. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitünő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak*. — Kivánatra prospektus.

Dr. *Baumgarten Samu* Stefánia-út 55. szám alatti **Sanatorium** sebész-főorvosa osztályán **sebészeti és húgyszervi betegek** külön szobára kitünő ellátás, gondos ápolás és állandó orvosi felügyelet mellett **napi négy forintért** vétetnek fel. Bővebbet 1/22—1/24-ig járóbeteg rendelőjében, Budapest, VI. ker., Eötvös-utca 23. szám.

Kénes iszapfürdők, természetes fürdőmedence, Begöngyölések iszappal. Kád- és gőzfürdők. Massage. Kitünő szállodák. Meghülés kizárva. Vendéglő aját üzemb. Olcsó árak. Gondos kezelés. A fürdő főorvosa: Dr. Bosányi Béla kir. tanácsos. Prospektust ingyen küld az igazgatóság.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Közkórházi orvostársulat. (II. bemutató szakülés 1900. január 24-dikén.) 141 l. — (III. bemutató szakülés 1900. február 7-dikén.) 141. l.

Közkórházi Orvostársulat.

(II. bemutató szakülés 1900. január 24-dikén.)

Elnök: Mutschenbacher Béla; jegyző: Terray Pál.

(Vége.)

Diffus genyes peritonitisnek tüdőtüdővel szövődött esete.

Donhoff Szilárd: A 7 éves leánygyermek 1899. november 17-dikén hozták diffus genyes hashártyalobbal és baloldali rostonyás tüdővel a kórházba. Az állapot rohamos rosszabbodása miatt november 21-dikén Schleich-féle érzéstelenítés mellett végzett laparotomiánál 2 liter geny ürült, mire a hasüreget több liter steril vízzel kiöblítették, a Douglas-ürt drainezték, a hasra jégzsákot tettek, belsőleg pedig tinctura valerianae és tinctura opii egyenlő mennyiségéből készült keverékből naponta 3-szor 8 cseppet adtak. A beteg állapota a műtét után 5 napon át javult, a pneumonia is már szűnőfélben volt, a mikor ismét rosszabbodás állott be. A próba-punctio azt mutatván, hogy a bal mellkas-félben geny van, thoracocissiot, majd ennek elégtelensége miatt borda-resectiót végeztek, a mikor egy tüdőtüdővel bukkantak, melyet megnyitva, belőle 2 deciliter geny ürült. Utána drainezés és kötés. 1900. január 3-dikáig a beteget naponta kötötték, has- és mellüreget naponta kiöblítették 2%-os langyos bór-oldattal, mely kezelés mellett az állapot folyton javult, úgy hogy a tüdőből a drain kivették és a has-sebet is beszárítani engedték. Jelenleg a beteg, leszámítva a bal mellkas 1 cm.-nyi retractióját, gyógyultnak mondható. Megjegyzendő, hogy a hasüregből ömlött genyben egy közelebről meg nem határozott bacteriumot találtak, a mely nem mutatta a coli csoport tulajdonságait; a tüdőtüdővel nyert genyben ellenben streptococcusok voltak kimutathatók.

Szontágh Félix: Az esethez, mely osztályán feküdt, főleg diagnostikai szempontból megjegyzéseket fűz és megjegyzi, hogy nem biztos, vajon csakugyan tüdőtüdővel volt-e jelen, vagy pedig egy úgynevezett empyema interlobare, vagyis metapneumoniás, eltokolt, genyes, interlobar elhelyeződésű izmádmány, a mely műtéténél ép úgy imponálhat, mintha tüdőtüdővel volna. Hogy azonban a genyedet magára a tüdő-állományra is áttért a bemutatott esetben, azt valószínű teszi a fellépett erős bűz, mely üszkösödésre vallott s a melyet a belsőleg szedett myrthol igen előnyösen befolyásolt.

Lymphosarcoma multiplex esete.

Barbás József: A bemutatott betegnél feltűnő az anaemia, továbbá a mediastinalis, supra- és infraclavicularis, axillaris, nyaki stb. mirigyek megnagyobbodása; a megnagyobbodott mirigyek eleinte lágyak és csak teljes megnövekedésük után lesznek keményekké. A lép hatalmasan megnagyobbodott. A fehér vérszettek megsaporodtak, különösen a polynuclearis neutrophil leucocyta; egy köbmilliméter vérben 32,000 fehér vérszettek. A felsorolt tünetek alapján bemutatott az esetet a pseudoleukaemiák nagy csoportjába sorozza és pedig ennek azon alosztályába, a melybe tartozó eseteket a lymphosarcomatosis névvel illetnek. Egy elsőleges lépsarcoma felvételét, a mely a mirigyekben metastasisokat hozott volna létre, nem tartja jogosultnak, mert a betegnek egy évvel ezelőtt már megvoltak a mediastinalis és clavicularis mirigydaganatai, lépe azonban alig volt megnagyobbodva.

Ángyán Béla: Tekintettel arra, hogy pseudoleukaemiánál a mirigyek ilyen nagyságra csak a puha alaknál szoktak megnövekedni; továbbá, hogy a fehér vérszettek száma is megsaporodott: nem hajlandó a bemutatott esetben pseudoleukaemiát fölvenni, hanem lymphosarcoma multiplexet, a mely talán a mediastinumból indult ki.

Extragenitalis kemény fekély két esete.

Havas Adolf: A két fiatal leány közül az egyiknél az alsó áll jobb oldalán van egy koronagagyságú ulcus lueticum primarium, mely lueses egyn harapása által idéztetett elő; a másiknál a fertőzés a felső ajkon történt, a hol egy koronagagyságú kemény fekély látható. Differentiális diagnózis szempontjából eethyma és furunculus jöhetne tekintetbe.

Mercolint-kötény a syphilis terapiájában.

Havas Adolf: A mióta Welander a syphilis gyógyítását a higany belégzése útján újolag ajánlatba hozta, mind nagyobb számmal ajánlanak módokat, melyeknél a higany a légzőszervek útján juthasson könnyen a szervezetbe. Így újabban Blaschko a mercolint-kötényt hozta javaslatba, a mely gyapjuszövetből készült és 90% higanykenőccsel van impraegnálva. A kenőcs mennyisége 10–50 gramm lehet. A kötényt a beteg közvetlenül a mellkason viseli éjjel-nappal mindaddig, míg a szürkés szín fehérré nem változott, jelöl annak, hogy a higany elpárolgott. Bemutató a kötényt egy recens syphilis-esetben használta, a maculosus syphilid ott, hol a kötény fedte, gyorsabban, a bőr többi részén lassabban elhalványodott. Azt hiszi, ha már általános kúra szem-

pontjából nem is, de helyi kezelésre, például pustulosus syphilidnél, hathatós segédszerül, az emplastrum cinereum pótlására szolgálhat.

Roth Alfréd: Mercolint-köténnyel kezelt egy beteg vizeletében csak a 18-dik napon jelent meg a higany, a miből következtethető, hogy ezen gyógymódnál kevesebb higany vétetik fel, mint más eljárásoknál.

Róna Sámuel: Az eljárás olcsóbbá tehető oly módon, hogy flanel-haskötőre higanykenőcsöt kenetünk; szőlő osztályán egyszerűen lintet használnak, melynek belső felülete bolyhos; minden nap változtatható. Azon ellenvetés, hogy ily módon való alkalmazás mellett gyakori az eczema, nem állhat meg.

Weisz Ferencz: Rosenthal gyapjűmellényt hordat, melynek belső felületét maga a beteg kené be higanykenőccsel. Stern 40–50 cm.-nyi flanel-darabokat viseltet, melyekre eleinte naponta, később 2–3 naponta 5–8 gramm szürke-kenőcsöt kenet. Végül még a syphilis serumtherapiáját említi fel.

Basch Imre: Hangsúlyozni kívánja, hogy még mindig a bedörzsölési kúra a legbiztosabb. Úgy a mercurint, mint a pulvis cinereus alkalmazásánál a higany a vizeletben sokkal később jelenik meg.

Bélresectio-esetek.

Boros József: Három bélresectio-esetet mutat be, melyek közül az egyikben kizárt sérv után keletkezett részleges bélüszkösödés miatt történt a 16 cm. hosszú bélrészlet kivágása; a beteg meggyógyult. Sokkal érdekesebb a másik két eset. Az egyiknél (34 éves munkás) ugyanis többszörös bélrészlet miatt egy 175 cm. hosszú bélrészletet vágta ki körülbelül fél év előtt. A lefolyás nagyon kedvező volt; a varratok az 5-dik napon vették ki, a bélegyészítésnél használt Murphy-gomb pedig két nap múlva távozott. Az első két hétben hasmenése volt a betegnek, ezután azonban rendes lett a széke és jelenleg is teljesen egészséges. Ezen eset tehát igazolja Dreesmann azon állításának helyességét, hogy különösen fiatalabb egyéneknek, kiknél a megmaradt bélrész compensatorius túltengése kifejlődhetik, körülbelül két meter bél, tehát a bélhuzam 1/3-a vágható ki az általános táplálkozási viszonyok lényeges zavara nélkül. A másik eset pedig azért érdekes, mert a kizárt sérv után keletkezett bélhalál miatt szükségessé vált bélresectiót a Doyen-féle új módszer szerint hajtották végre, mely módszernek az a nagy előnye van, hogy a bélresectio aseptice végezhető, a mennyiben bélsárral szennyezett területekkel a műtő nem jó érintkezésbe. Az eljárás röviden a következő: A resectandó bélrészlet mesenteriumának lekötése után a belet a szándékolt átmetszések helyén egymástól 2–3 mm.-nyi távolban eső 2–2 helyen, annak egész kerületén Doyen-féle szorítókkal összehúzózzuk, úgy hogy e helyeken két-két barázdát alkotunk a bélen, a mely barázdáknak megfelelően csupán a serosa marad ép, mert a bélfallal többi rétegei a préselés folytán szétmorzsolódnak. Ezen barázdákban a belet erős selyemfonállal hurkaszerűleg lekötjük s a két-két bekötés között a belet átvágva, a kóros részt kiküszöböljük, a metszfelületeket pedig jodtincturával érintjük. Ily módon most két vakon végződő bélrészlet áll rendelkezésünkre, melyeket a segéd egymáshoz közelít s a műtő két étageban seromuscularis öltésekkel egyesít egy 1/2 cm.-nyi rész kivételével, a melyen keresztül a bélvégeket lekötő fonalak lógnak ki; ezeket ezután csipővel meghúzza, finom ollóval a fonalkacsokat átvágjuk és a fonalak eltávolítva, a bélrészletek közlekedését helyreállítjuk. Ezután még 1–2 öltéssel egyesítjük az eddig nyitva hagyott 1/2 cm.-nyi részt. Hátránya a műtétnek, hogy nem kerülhető el a bél ürterét szűkítő, kisebb-nagyobb körkörös billentyű képződése, melyet jelen esetben még az is fokozott, hogy az egyesítést időkimélés céljából szűcsvarrattal végezték; a szűcsvarrat ugyanis ez esetben dohányszakóvarratszerűleg hat s a bélvégeket még jobban befördítja. Tényleg a betegnél, kinél a lefolyás különben kifogástalan volt, csak a 7-dik napon jelentkezett szék, azóta azonban rendes.

(III. bemutató szakülés 1900. február 7-dikén.)

Elnök: Bradách Antal; jegyző: Terray Pál.

Iritis glaucomatosa.

Goldzieher Vilmos: A 46 éves férfit, ki már több ízben szenvedett iritis serosában, január 18-dikán enyhe iritis serosa tüneteivel vették fel a kórházba, a hol a szokásos kezelés mellett rendes kedvező lefolyást vett a baj. Egy hét múlva azonban hirtelen, egy napról a másikra, megváltozott a körkép, a mennyiben egy kifejezett glaucomás roham lépett fel, melynek legfeltűnőbb tünete a mellő csarnok fibrinosa transsudatuma volt. A kezelés gyakori ezirin- és pilocarpin-beecsepgtetésekben és meleg borogatásokban állott, melyekre minden műtét beavatkozás nélkül teljes gyógyulás állott be. Hasonló eseteket már oly nagy számmal látott bemutatni, hogy az iritis egy új csoportját hajlandó felvenni „iritis glaucomatosa” néven. A körkép lényege az, hogy fiatalabb egyéneknek, kik kivétel nélkül már szenvedtek iritisben, iritis recidiva alatt hirtelen glaucomás roham lép fel, a qualitativ látás

teljes elveszésével és fibrinosus izzadmánnyal a mellő csarnokban, mely oly sürű, hogy a kevésbé avatott hypopionnak nézi. A pupilla-szűkítők erőlyes alkalmazása, valamint meleg borogatások eseteiben mindig gyógyulásra vezettek. Nagy súlyt fektet előadó a fibrinosus izzadmány hirtelen fellépésére. Azt hiszi, hogy a mellő csarnok zúgának eldugulása a gyorsan megalvadó izzadmány által képezi a glaucomás roham okát.

Grósz Emil: Ismeretes, hogy az iritis és különösen az iridocyclitis tüneteihez tensio-emelkedés, glaucoma secundarium társulhat; az, hogy bemutató eseteiben a tensio-emelkedés iritis-recidiva folyamán hirtelen keletkezett és főleg fibrinos izzadmánnyal járt, nem elegendők egy külön kórképnek, az iritis glaucomatosának felállítására. Hangsúlyozza, hogy inkább a köresetek csoportosítására kellene törekedni, nem pedig azoknak ok nélkül való függetlenítésére. A glaucoma keletkezés módjára nézve iritisnél egyetért bemutatóval. Felemlíti a többi között Pólya Jenő vizsgálatait, melyek szerint glaucoma secundarium eseteiben a csarnokzúg falainak összenövésén kívül a zúg reczájének sclerosisa, máskor choroidea-sarcomából eredő pigment-embolia okozza a tensio-emelkedést. A gyógykezelést illetőleg igaz ugyan, hogy az ilyen glaucomás rohamokat többnyire a myoticumok szüntetik, de vannak olyan iridocyclitisek is, a melyeknél a tensio-emelkedés ellen jó hatásúak a mydriaticumok; a therapiát tehát nem szabad annyira általánosítani. A myoticumok közül különben inkább a pilocarpin használná, mert az eserinél szemben gyakori az idiosyncrasia. A melegnek a japáni doboz alakjában alkalmazását illetőleg felemlíti, hogy egyes betegek panaszkodnak a súlya miatt; különben is Arlt nem ok nélkül hangsúlyozta, hogy iritisek eseteiben a nedves melegnek följénye van a száraz meleg fölött.

Goldzieher Vilmos: Hangsúlyozza, hogy esete nem volt iridocyclitis, melyhez egyszerűen tensio-emelkedés járult. Az eserinre vonatkozólag beismeri, hogy némely esetben fájdalmat okoz; de szóló csak akkor rendel a eserint, ha a szem különben is fájdalmas; egyébként ismeretes, hogy közönséges glaucománál a pilocarpin nem hat oly biztosan, mint az eserin, másrészt a pilocarpin nagyon drága, tehát a szegénygyakorlatban rá vagyunk utalva az eserinre. Végül a mi a japáni dobozt illeti, helyes alkalmazása mellett a betegek nem panaszkodnak.

Kétoldali embolia arteriae centralis retinae képe alatt megvakult gyermek.

Goldzieher Vilmos: A 10 éves leány mult év december havában valami lázas kiütésben és torokgyulladásban szenvedett, ezekből ki-gyógyult és január 15-dikén felébredésekor teljesen vak volt. A szem-tükri vizsgálat mindkét szemén a retinalis embolia képét mutatja: mérsékelt oedema, a papilla fehér, az arteriák vagy teljesen eltűntek, vagy mint finom vonalak alig észrevehetők, a vénák vékonyak, a macula körüli edénykoszorú kifejezett. A belgyógyászati vizsgálat eredménye következő volt: Degeneratio myocardi, dilatatio minoris gradus hypertrophica, ép billentyűk. Ebből az derül ki, hogy az emboliának a forrása a myocarditisben található, noha rejtélyes maradna, hogy ugyanazon időben hatoljon egy-egy embolus mindegyik retinalis központi ütőérbe; különben lehetséges volna az is, hogy az egyik retina már előbb embolizálva lett, az egyik szem vakságát a gyermek azonban nem vette észre. Február 3-dikán egy olyan tünet jelentkezett, mely az embolikus folyamat valószínűségét emeli, t. i. baloldali hemiparesis, melyben különösen az extensorok, bár kisebb mértékben a flexorok is, vesznek részt. A bal térdreflex fokozott, plantar-reflex csak jobboldalt váltható ki; az érzés rendes; kislökő jobboldali facialis paresis. Ismeretes, hogy arteriosclerosis következtében létrejött hirtelen ischaemia retinae is előidézhetheti a retinalis embolia kórképét; a bemutatott esetben azonban nem valószínű, hogy oly fokú ütőér-elfajulás volna jelen, melyből nemcsak a retinalis ischaemia, hanem a határozottan centralis eredetű hemiplegia is magyarázható volna s így az embolia felvétele a legnagyobb valószínűséggel bír.

Hochhalt Károly: Két okból nem hiszi, hogy a bemutatott esetben szívgyengeség okozta thrombusok beekelődése hozott volna létre retinalis emboliát; az egyik ok az, hogy az embolia majdnem egy időben keletkezett két olyan apró ütőérben, a melyek mindegyike egészen külön ütőértörzsből ered; a másik ok pedig az, hogy a szív vizsgálata — legalább jelenleg — nem ad támaszpontot arra, hogy fennálló vagy előrement szívgyengeséget vegyünk fel. Valószínűbbnek tartja, hogy az előző fertőző betegség vírusa vasomotorius bántalmazottságot, illetve symmetriás helyeken localis értőmeszelést idézett elő; nézetének támogatására az irodalomból hoz fel adatokat.

Minich Károly: Minthogy szívthrombusból leszakadt embolusok mindkét oldali vesében és tüdőben létrehozhatnak infarctusokat: nem tudja belátni, miért ne volna ez lehetséges mindkét oldali szemfenéken is. Különben az egyszerre megvakulás mindkét szemén a bemutatott esetben nincs is bebizonyítva.

Szontágh Félix: A kétoldali embolia arteriae centralis retinae minden esetre véletlen, a szív bántalmazottságából azonban megfejtethető.

Aneurysma dissecans ruptum in aneurysmate fusiformi aortae.

Minich Károly: A furdés közben hirtelen elhalt 29 éves hajós bonczolásánál a következő elváltozásokat találták.

A szívburók erősen kitágult, ürében 755 gm.-nyi savóra és lepényre átváltozott vér, a melynek alvadékos része 2 ujnyi vastagságban páncél-szerűleg övezi a szívet. A szívburók zsigeri lemezei halvány vörhenyesen vérfestékes, a szív alapján, nevezetesen a jobb és bal füle

alatt, a pulmonalis gyökénél egy-egy krajezárnnyi területen fekete vörösen vézések, a jobb szív félén közepes zsírréteggel alapárnázott. A szív tömött összehúzódott, a pulmonalis gyökétől a szívcsücsig 10.5 cm.-nyi, harántirányban pedig 12 cm.-nyi, izomzata baloldalt 15, jobboldalt 5 mm.-nyi, mindenütt halványvörös, tömött; a szívüregben néhány csepp hig vér. A billentyűk mindenütt vékonyak, áttetszők. A függőér kezdeté a Valsalva-öblökkel együttesen orsószzerűleg kitágult és ez által az ütőeres szájadék is tetemesen tágtult annyira, hogy a billentyűk tapadása helyén a kerület 8, azok szabad szélén már 14 cm.-nyi, maguk a billentyűk erősen megnyúltak, 4 cm. hosszúak, 1 1/2 cm. magasak, szabad szélük ívalakú, több kisebb-nagyobb felszívódási likkal átlukasztott. Az aorta táglata öblözetes, a mennyiben a billentyűk érintkezési helyén egy-egy léczszerű előemelkedés van, s ez által a különben körkörös táglaton három öblözetes kitüremkedés mutatkozik; a felszálló részletnek mintegy 6 cm.-nyi szakaszára terjed a táglat, a melynek legintenzívebb része a billentyűk szabad szélére esik, s innen kezdve fokozatosan kisebbedik az ürtér, úgy hogy a névtelen ütőér eredésénél előtt 4 cm.-rel a kerület már csak 6.5 cm., a névtelen ütőér eredésénél csak 6 cm., az isthmus táján 5.75, a leszálló részletben 4.5 cm. A koszorú-ütőerek szájadékai fedetlenek, tetemesen szűkültek, a nélkül, hogy közelükben belhártyamegbetegedés kimutatható volna. Ugyanis a belfelület az egész aortában sima, halványsárgás, még a táglat területén is és csak az isthmusban akadunk néhány lencsényi szürkés sclerotikus szigetecskére, illetőleg néhány vajsárga foltra. A táglat belsejében baloldalt, a hátsó és bal billentyű érintkezési pontja felett 1.5 cm.-rel az aorta intimiján egy zezgúgos szakadás van, a mely egészben U-alakú, 26 mm. hosszú, szélein élénk pirosan vézések, az intima egész vastagságán és a media belső rétegén áthalad és a media szétválasztott rétegei között elterülő üregbe vezet. Ez utóbbi az aortát majdnem teljesen körül fogja és csak a mellő felületen, a tüdő ütőér odafekvésének megfelelőleg hiányzik, a szív felé a Valsalva-öblök alapjáig, felfelé a hátsó falon 8 cm. hosszúságig, oldalt pedig 5 cm. magasságig terjed, belfelülete harántul léczszetes, vérfestékesen beivódott, alvadékos azonban nem tartalmaz. Ezen zsák legkiemelkedőbb pontja a jobb fülele előtti terület és itt a koszorúbarázdától 4 cm.-nyire egy rézszt harántul haladó 12 mm.-nyi szakadással közlekedik a szívburók ürével. A többi szervekben pangás jelein kívül egyéb elváltozás nem volt jelen. Luetikus megbetegedés nyomain nem merültek fel.

A bemutatott dissecans aneurysma tehát az aorta kezdetén ül, annak orsószzerűleg tágtult részletében, az intimán talált szakadás széleinek minősége szerint, valamint azon körülménynél fogva, hogy az intima rétegei között elterülő zsákban véralvadék nem találtatott, hevenyen fejlődöttnek vehető, a mely a szívburókba történt betörés útján szívösszenyomás által percek alatt halálössá vált. Ilyen aneurysmák rendszerint endarteritikus beteg edényeken fejlődnek ki, a hol a belhártya zsíros elfajulása, kásás szétmállása az edényfal ellentállási képességét tetemesen alácsökkentette, ugyanigy keletkezhettek akkor, ha aránylagosan ép belhártya mellett valamely erőművi behatás hozza létre az intima szakadását. A jelen esetben a belhártyán megbetegedés nincsen jelen; a függő ér orsószzerű táglata is úgy látszik a media rugalmas elemeinek megbetegedése folytán esetleg a mediának mikroszkopikus más fajta elváltozása (mesarteritis insularis) útján jött létre és ez oknál fogva a falzat minden rétege a táglatnak megfelelő mértékben megvékonyodott, a mi a dissecans aneurysma kifejlődését kétség-telenül elősegítette. Erőművi behatásra visszavezethető sérelmi nyom a bonczolatnál nem volt kimutatható és így a furdó által fokozott vérnyomás az egyedüli momentum, a mely az előzetesen megvékonyodott intimát berepesztve, az aneurysma dissecans-t létrehozhatta.

Tanulságos az eset nemcsak az elhalt egyén fiatal koránál fogva, hanem azért is, mert bizonyítani alkalmas, hogy az intimának aránylag nagy kiterjedésű (26 mm.-nyi) szakadása egyszerűen fokozódott vérnyomás hatása alatt is kifejlődhetik.

Gummata permulta cum deformatione elephantistica cruris utriusque.

Minich Károly: A 67 éves asszonynál, a ki a jobb láb orbánczos megbetegedéséhez csatlakozott genyes kötőszöveti gyulladásban halt el, mindkét lábszár és lábfej elephantistikus megvastagodása volt jelen. Az alszárakon a mellő és külső oldalon, a lábfejen pedig a feszítő felületen a bőr egymással összefolyó foltokban ibolyás barnán festeny-zett és e mellett számtalan szederjes vörös behúzódtástól egyenetlen felületű. Az így képződött szabálytalan gödrök alapján részint sugaras, rögzített hegyszövetre akadunk, részint pedig egyes oly sipolynylásokat látunk, a melyek szétesésben levő lepedékes szélekkel bírnak és a melyeken át szalmazsárvastag sondák 2—3 cm.-nyire tolhatók előre. Legtöbb helyen a bevezetett sonda érdes csontfelületre nem jut, vannak azonban egyes nyílások, a melyeknél a csontfelület érdessége is megállapítható. Különösen sürű elrendeződésben fekszenek a gödrök és sipolynylások a lábszár mellő felületén, azonban egyes gödrök még a térdalji árokban és a czombok hátsó felszínén is láthatók; a lábujjakon és talpon a bőr sima felületű, festenyzettség nincsen. E mellett mindkét lábszár deszkakemény, a bőr mindenütt feszesen rögzített és ilyen rögzítést észlelünk a térdalji árok körül, különösen a bal oldalon. A jobb czomb kissé duzzadt, tézstápatintatú, a bal egészen normalis, petyhüdt izomzattal bír. A köztakaró egyebütt általában halvány, csupán a jobb lapozcsőglet tájékán láthatunk három különálló, sekély behúzó-dástól kísért csillagos hegedést, a melyeknek környezete rozsdás barnásan festenyzett udvarral van körülveve. A kemény agykér belfelületén edénydús kötőszöveti álhártyák. Az agyban semmi rendellenesség. A szív izomzata fakó barna, feltűnően szakadékos, a billentyűk vízpróbánál

jól zárnak, felületükön elszórtan egyes vajsárga lencsényi zsíros meszes foltok láthatók, a függő ér belhártyája ugyancsak szízes, sárga előemelkedésektől egyenletes, azonban ezen endarteritikus plaque-ok itt is egymástól elkülönítve fekszenek és a köztük levő területen a belhártya teljesen simának bizonyul. A tüdők szálagosan rögzítve vannak, különösen a csúcsok táján; egészben vérszegények, légtartók, állományukban elszórtan egy-egy lebenyben 2-3 borsónyi, sajtos, légtelen csomó van, a melyek mindegyike palaszürke, szívós hegszövettel van körülvéve. A felső légutakban a nyákhártya halvány, a valamivel nagyobb pajzsmirigy durván szemcsés, colloidtartalmú. A hasüregben néhány csepp vérfestékes savó. A hashártya általában halvány, a kis medencében már beivódás jelenségeivel bír, a máj alsó széle egyfelől a gyomor pylorikus részével, másfelől a jobb vastagbélhajlattal heges csíkok segítségével összeforrt és csak ezek átmetszése után tűnik elő. A lép valamivel nagyobb, halványvörös, petyhüdt. A vesék vérszegények, tömöttek. A máj valamivel nagyobb, felületén a tok foltosan megvastagodott és egyes kisebb-nagyobb szigetekben felületesen hegesen behúzódtott; az aránylag ép átlátszó területeken a máj felülete egyenetlenül szemcsés, a metszéslapon a máj sárgásbarna, kifejezetten szemcsés, a rendesenl tömöttebb, egyes területeken kissé szívós; az epehólyagban sárgásbarna epe; a máj bal lebenyének jobb határán, a ligamentum teres helyén az alsó szélén egy dionál nagyobb sajtos szívós csomó ül, a mely rostosan heges szövettel körüvézett és fele részben a máj állományába mélyed, fele részben pedig annak széle fölé emelkedik; a környező hegszövet egész 1 cm. vastag és a gyomorral és a jobb vastagbélhajlattal heges csíkok segítségével összekapcsolódott. A gyomor és belek nyákhártyája halvány; az utóbbiakban kissé epefestenyesen beivódott; a csipőből közepén két kis babnyi petéted fekélyecske, a melyeknek szélei és környezete hegesen átnöttek, az alapot az ugyancsak fekélyes submucosa alkotja, a megfelelő savós hártján pedig hasonló területen kötőszövetes álhártyák tapadnak, a melyek között mákszemnyi és nagyobb fehérös gömböcskék találhatók. Ezen fekély közelében egy másik hasonló fekélyecske van a bélfalzatnak ugyancsak concav oldalán. A fodor zsírdús, mirigyei kicsinyek. Húgyhólyagban kevés tiszta vizelet. Méh szívós, hegesen átszótt, a környezettel összekapcsolódott.

A lábszáron a bőr- és bőr alatti szövet a mellő felületen a csonthártáig, egybeült az izompólyáig, sőt egyes egész öklényi szigetekben az izomzatot is elfoglalólag kérges, heges szövetű alakult, kemény, szívós és benne elszórtan minden metszéslapon 4-5 babnyi, nagyjából azonban diónyi szívós sajtos csomó van beágyazva. Ez utóbbiak térszerűen rajzoltos szélekkel bírnak és a sipesont mellő élén levők a csont állományba bemélyedő góczokat alkotnak, az újrátokkal sokszorosan összefüggenek, a mennyiben a legtöbb újrát egy-egy ilyen sajtosan elhalt csomóban végződik. A lábszár külső oldalán a csomók nagyobbak, egy részük az izomzatba is betérjed és ezek az izomzatot hegesen átalakítják. A bal térdalji árokban egy gyermeköklénél nagyobb sajtos gócz van, a mely az edény-idegpatagig terjed. A jobb csombon a bőr alatti kötőszövet, valamint az izmok között levő laza szövet genyiesen beszűrődött, zavaros genyes savót ürít. A lábszár-csontok egyenetlenül megvastagodottak, göröngyös felületűek, a csont-hártya hegesen átalakult és a sipesontok élén egyes babnyi tophusok találhatók. Egészen hasonló a kép a lábfej feszítő oldalán és szélein is. Egyébült sem az izomzatban, sem a bőr alatt sajtosodás vagy más elváltozás nincsen.

A leírt adatok alapján kétségtelen, miszerint úgy a lábszáron, mint a májban talált elváltozás luetikus eredetű és gummatosus jellegű. A lábszárak deformatioja érdekes complicatioját képezi a bemutatott esetben a gummás syphilisnek és magyarázatát azon körülmény adja meg, a mely a lobos alapon jelentkező elephantiasis crurisnál szerepel, t. i. a vér- és nyirokkeringés akadályozottsága, melyet egyfelől a jelenlevő gummacsomók és az ezeket környező heges kötőszövet, de másfelől a gummak áttörése és utólagos hegedése által létrejött sipolyjáratok, csillagosan behúzódtott hegedések váltottak ki. Hozzájárult minden esetre még a csontok és csonthártá megbetegedése is. Tanulságos a syphilis localisatioja is: mindkét lábszár és láb megbetegedése mellett csak a májban voltak jelen specifikus megbetegedések, míg a bőr, izomzat és csontok egyébült teljesen épeknek bizonyultak.

A tüdőbeli folyamat kétségtelenül gümös természetű, valamint ilyennek vehető a belekben talált fekélyedés is; mindkét helyen a tuberculosus gyógyultnak tekinthető, a mennyiben úgy a tüdőbeli góczok, mint a bélfekélyek hegesen átalakult szövettel voltak eltololva s bár kétségtelenül beigazolt tény, hogy gümös elváltozások önként gyógyulhatnak, mégis a bemutatott eset alkalmas volna azon állítás igazolására is, hogy a tuberculosus bizonyos esetei a luetikus infectio folyamán megállapodnak, illetőleg gyógyulhatnak. Különösen elfogadható volna ezen felvétel azon esetekben, a hol a lues az á. n. tertiaer szakig fejlődik, a hol tehát a gummatosus elváltozások mellett különösen a különféle kötőszöveti túltengések uralják a képet.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

2074/1900. kig. sz.

Baranya vármegye hatóságomra bízott baranyavári járásához tartozó és Dárda székhellyel Dárda, Laskafalu, Keskend, Kisdárda, Belye, Eugenfalva, Kopács, Daróc, Laskó, Kácsfalva és Bolmány községek szövetkezetéből álló községességi körben szervezett **körorvosi állás** lemondás folytán megüresedvén, ezen évi 800 korona fizetéssel és a megállapított látogatási díjak élvezetével egybekötött állásnak választás útján való betöltésére ezzel pályázatot nyitok s a választás határidejéül

1900. évi márczius hó 22-dik napjának délelőtti 10 óráját, helyéül pedig Dárda község tanácstermét tűzöm ki.

Ehhez képest felhívom pályázni kívánókat, hogy szabályszerűen felszerelt ezirányú kérvényüket **f. évi márczius hó 20-dikáig** bezárólag hozzám amnyival inkább nyújtsák be, mert a később érkező kérvényeket figyelembe venni nem fogom. Dárda, 1900. évi február 24-dikén.

1-1

Stenge Ferencz, s. k., főszolgabíró.

2196/1900. sz.

Belügyminister Úr Ö Nagyméltóságának folyó évi február hó 22-dikén 8639. szám alatt kelt magas rendelete folytán a **budapest-lipótmezei m. kir. állami elmeegógyintézetben** megüresedett másodorvosi állásra, mely állás 1000 korona évi fizetés, I-ső osztályú élelmezés, szabad lakás és fűtés élvezetével van egybekötve, pályázat hirdetetik.

Felhívatom mindazon nőtlen orvostudorok, a kik a jelzett állást elnyerni óhajtják, hogy egy koronás bélyeggel ellátott, keresztlevél vagy születési bizonyítvány, továbbá orvostudori oklevél és egyéb kománnyokkal felszerelt és a nagyméltóságú m. kir. belügyminister úrhoz címzett folyamódványaikat alulírt igazgatóságnál **1900. évi április hó 8-dikáig** nyújtsák be.

A későbbben beérkező folyamódványok nem fognak tekintetbe vétetni.

Budapest, 1900. évi február 24-dikén.

1-1

A budapest-lipótmezei m. kir. állami elmeegógyintézet igazgatósága.

2088/1900. alisp. szám.

Főispán Úr Ö Méltóságának megbízása következtében a törvényhatóság tulajdonát képező **Kis-Küküllő vármegyei közkórháznál** rendszeresített **alorvosi állásra**, mely évi 1000 korona készpénz fizetéssel, továbbá természetbeni lakásból, fűtésből és világításból álló javadalommal van egybekötve s mely állás egyszersmind a vármegyei nyugdíjintézet tagok sorába való felvételre jogot biztosít, ezennel pályázatot hirdetek. Felhívom tehát mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a II. részének értelmében megkívánt minősítést igazoló okmánnyokkal és szolgálati alkalmaztatásukról szóló bizonyítványokkal felszerelt pályázati kérvényeiket illetékes helyre leendő betérjesztés végett hozzám legkésőbb **folyó 1900. évi márczius hó 10-dik napjáig** terjesszék be, annál is inkább, mert a később beérkező folyamódványok nem fognak figyelembe vétetni. Kis-Küküllő vármegye alispánja.

Dicső-Szent-Márton, 1900. évi február 6-dikán.

Alispáni szék üres:

Fekete György, főjegyző.

11/1900. sz.

Az **abrudbánya-verespataki Nehezék Pénzalap Választmánya** lemondás következtében megüresedett **verespataki alorvosi állásra** pályázatot hirdet.

Ezen alorvosi állással 1100 korona fizetés, 240 korona lótarás, 120 korona szállásnép és 400 korona drágasági pótlék van összekötve és nyugdíjhoz van kötve.

A pályázati határidő: **folyó évi márczius hó 5-dik napja.**

A pályázni kívánók felhívatom a határidőig pályázati kérésüket, orvostudori, szolgálati és erkölcsi bizonyítványokkal felszerelve a választmány elnökségének annál is inkább beadni, mivel az elkészen beérkezettek tekintetbe nem vétetnek.

Ezen állást elnyerőnek kilátása van a verespataki községi orvosi állást is elnyerni, mely állás 800 korona fizetéssel van összekötve.

Abrudbánya, 1900. évi február hó 13-dikán.

Képes Ferencz, v. jegyző.

Imreh Károly, v. elnök.

2-2

HIRDETÉSEK.

Gyermeksanatorium és vízgyógyintézet

felnőttek számára **ABBAZIÁBAN.**

Egész éven át nyitva. — Saját park. — Játékterek. — Magaslatti vízvezeték. — Az összes vízgyógyászati módok. — Villamos fényfürdők. — Gyermekek kísérők nélkül is felvétetnek.

Prospectust küld **Dr. SZEGŐ KÁLMÁN** igazgató és tulajdonos.

Saxlehner András, cs. és kir. udvari szállító.

HUNYADI JÁNOS

A leghatásosabb és legkellemesebb hashajtószer.

Legjelesebb orvosok véleményei szerint kiváló előnyei:

Gyors, biztos enyhe hatás.

Hatása fájdalom nélküli. — Utánszorulás nem áll be.

Tartós egyenletes hatás. — Használata nem kellemetlen.

Rendszeresen használva nem hat fárasztóan a gyomorra.

— Kis adagban is elégséges. —

Bevásárlásnál a palaczk czimképén olvasható

„Saxlehner András“

név figyelembe ajánlatik.

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KOZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

Kiadja és a magyar egyetemek tanárainak, a fő- és székvárosi kórházak és egyéb gyógyintézetek fő- és rendelő orvosainak, továbbá köz- és magán-gyakorlat terén működő kartársaknak közreműködésével

SZERKESZTI: HÖGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

Társak a rovatok szerkesztésében: Bókay Árpád, Dollinger Gyula, Fodor József, Genersich Antal, Jendrassik Ernő, Kézmárszky Tivadar, Klug Nándor, Korányi Sándor, Lenhossék Mihály, Pertik Ottó, Plósz Pál, Réczey Imre, Tauffer Vilmos, Thanhofer Lajos egyetemi tanárok.

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Vámosy Zoltán: A phenolphthaleinről, mint a törköly-bor indicatoráról. 144. l.
Falta Marczál: A szívárványhártyaelőesés terapiája szemlennorrhoeánál. 146. l.
Reich Dezső: Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem II. (Réczey Imre tanár) sebészeti klinikumáról. A hydrocele gyökerekes műtétének értéke. 147. l.
Fialowsky Béla: Törvényeségi orvosi casuistica. 149. l.
Venetianer Jakab: Utójegetet a „Mola hydatosa egy esete” című cikkhez. 150. l.
Tarcza. Berkovics Miklós: Az orvosi rendtartásról. 150. l.
Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. Ostermayer Miklós: Az emlők sebészete az utolsó években. 152. l. — Könyvismeret. M. Hajek: Pathologie und Therapie der endzündlichen Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase. 153. l. — Lapszemle. Élet-és körvegytan. Lohstein: Új erjesztő saccharometer nem hígított vizelet számára. (Hönig Izso.) — Ueber: Újabb vizsgálatok a pankreasnedv glykolytikus képességét illetőleg. (Doctor Károly.) — Nagelschmidt: Psoriasis és glycosuria. (Doctor Károly.) — Közegésztan. Trillat: Fluorescein. (Filep.) — Petterson: Hús és halak conserválása konyhasóval. (Filep.) — Páris egészségi állapota

1897-ben. (Filep.) — Belgyógyászat. Müller: A methylenkéknek a veséken keresztül való kiválasztása. (Benedict.) — Galeazzi és Grillo: Az érzéstelenítő szerek befolyása a vese átjárhatóságára. (Benedict.) — Babinski: Asynergie cerebelleuse. (— ts.) — Croner: A tüdővész befolyása az életbiztosításra (Hönig Izso.) — Sebészet. Gerulemos: A linea alba cystocelejéről. (P—y.) — Roestel: Tompa trauma okozta hasi sérülés. (P—y.) — Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Cohn: Tüdőgümőkór gyógyítása ichthyollal. — Steiner: Alsárfokélyek gyógyítása. — A tüdővész gyógyítása kámfor-olajjal. 153—154. l. Meghívó a magyar orvosi könyvkiadó-társulat évi közgyűlésére.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — A bécsi kórház ujjáépítése. — Szegénysorsú gyermekek thermalis jodkúrája a lipíki gyermekgyógyintézetben. — A budapesti kir. orvosegyesület ülése. — Bemutatott oklevelek. — Högyes tanár Pasteur-intézete. — A Kézmárszky-féle szülészeti poliklinika. — Lakás-változtatás. — Hibaigazítás. — Figyelembevétel. — Szt. Lukács-fürdő. — Herezel dr. — 155. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek.

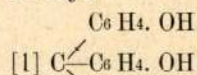
EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A phenolphthaleinről, mint a törköly-bor indicatoráról.

Irta: Vámosy Zoltán dr. magántanár, I. tanársegéd az egyetemi gyógyszer-tani intézetnél.

Az 1899. évben felfedezett nagymérvű borhamisítások, melyek a borgyártás iparának titkos elterjedtségéről tettek tanubizonyosságot, azzal a gondolattal foglalkoztatták a szakértőket, hogy nem volna-e arra mód, hogy a publicum a műbort, még pedig különösen a törköly-bort a valódi boroktól könnyen megkülönböztethesse? Így merült fel a denaturálás eszméje. A denaturálásnak természetesen olyannak kell lennie, hogy az a bor élvezhető voltán semmit se változtasson s főleg az egészségre ártalmas ne legyen. Ily denaturáló szerül ajánlotta Liebermann Leó dr. tanár, az országos vegyikísérleti állomás főnöke a phenolphthaleint, a mely azon tulajdonságánál fogva, hogy már óriási hígításban is (1:10.000.000-re) rózsaszínűre festi oldatát, ha azt alkalikussá teszszük, kiválóan alkalmas erre a szerepre. A phenolphthalein vízben igen rosszul, borszeszben azonban igen jól oldódik; a híg borszeszes folyadékokban — a milyenek épen a borok is — eleget arányban oldódik, úgy hogy egy hektoliter törköly-borban 1 gm. phenolphthaleint jól fel lehet oldani s többre a denaturálás céljából nincs is szükség. Az ilyen bor színe, íze, zamatja semmit sem változott, tökéletesen élvezhető, a benne feloldott 1 gm.-nyi phenolphthalein teljesen észrevétlen marad: de ha a bor savanyúságát kevés lúggal vagy akár a mindenütt kapható szódaival közömbösítjük és egy kissé túltelítjük, azaz a folyadékot lúgossá teszszük, a phenolphthalein azonnal elárulja magát az által, hogy az egész folyadék rózsaszínűvé változik. Vörös boroknál a kémlést úgy kell megejteni, hogy előbb basikus olomecczettel a természetes színanyagokat lecsapjuk, a csapadékot szűrő papirosra gyűjtjük s a teljesen színtelen szüredékben mutatjuk ki a phenolphthaleint natronlúggal. Ha a bor vörös színanyaga olomecczettel nem csapódik le, hanem változatlanul átszűrődik, akkor az festett s valószínűleg anilinszínekkel, fuchsinnal festett bor!

A phenolphthalein denaturálásra már használtatik is: az égetésre szánt szeszt denaturálják vele; ez esetben azonban a denaturált anyag nem élvezeti cikk s így a denaturáló anyagnak az egészségre ártalmas vagy ártalmatlan volta nem jön kérdésbe. A bor denaturálásánál azonban már ezt is számításba kell venni és épen ezért fordult hozzám Liebermann tanár úr azzal a kéréssel: vizsgáljam meg ez iránt a phenolphthaleint. Végzett vizsgálataim eredményéről fogok e helyen a nyilvánosság előtt beszámolni, miután ezt a dolog érdeke úgy kívánja.



A phenolphthaleintől $\text{C}_6\text{H}_4 [2] \text{CO}.\text{O}$, mely vízben alig oldódó sárgásfehér, apró jegeczeket képez, már eleve sem voltak vehemens hatások várhatók. Helybeli hatása a bőrön, nyákhártyákon nullával egyenlő, a szájba véve oldhatatlansága miatt teljesen izetlen. Hogy nagyobb mennyiségeket vigyek egyenesen a véráramba, arról le kellett mondanom, mert ha borszeszes oldatait feecskendeztem a vivőérbe, akkor a kísérleti állat mindig ki volt téve egyfelől a borszesz hatásának, másfelől annak, hogy a vérben azonnal kiesapódott a borszeszben oldott anyag és szemeséi emboliákat hoztak létre s az állat esetleg ennek következtében pusztult el. Igaz ugyan, hogy lúgos közegben a savtermészetű phenolphthalein könnyebben oldódik, mert megfelelő sókat képez, melyek piros színnel oldódnak, de ez esetben annyi lúgot kellene az anyaggal együtt befeecskendeznünk, hogy az állat életét ez is veszélyeztetné. Próbakísérleteim alkalmával többször sikerült 1—2—3 cgm. phenolphthaleint 700—900 gm.-os nyulak fülvenájába feecskendeznem 1 cm³ alkoholban oldva. Két esetben azonban — nyilván embolia miatt — a kísérleti állatok hirtelen elpusztultak: az egyik 0.03 gm. befeecskendezése után azonnal hangos sikoltozással görcsök között kimúlt, a másiknál ugyancsak 0.03 gm. befeecskendezése után azonnal mindkét hátsó végtag hűdött lett s az által 12 perc alatt előrehaladó hűdésben meghalt. A többi állatoknál a befeecskendezés után semmi említésre méltó változást vagy tünetet nem tapasztaltam.

Ily körülmények között a szájon át kellett adagolnom a phenolphtaleint; ez a természetest is inkább megközelítette. Hogy az alkoholhatást kikerüljem, gummi arabicumos vizes emulsióban adtam be a phenolphtaleint gyomorsondán át, még pedig óriási adagokban. Több ízben adtam 1 gm.-ot egy 950 gm.-os nyúlra, egyszer 2 gm.-ot egy 980 gm.-os nyúlra, de sem közvetlen utána, sem napokkal a befejezés után kóros tüneteket nem tapasztaltam. Egy 4 kgm.-os ölebknek kolbászba keverve 5 gm. phenolphtaleint adtam be minden ártalom nélkül.

Miután semmi akut hatást sem tapasztaltam, a huzamos időn át való adagolással tettem próbát. Iszákosaknál a borral együtt a phenolphtalein szokványos fogyasztása tette fontossá ezt a kérdést, melynek eldöntésére 3 nyulat állítottam kísérlet alá, mindennap pontosan lemérve súlyukat s pontosan adagolva nekik az anyagot.

A három kísérleti állat egészségi állapota az egész idő alatt igen jó volt, csupán azon nyúlra, a melyik a phenolphtaleint 1 cm³ alkoholban oldva kapta, mutatkozott a kísérlet vége felé egy kis reszkedés a végtagokban, a mit azonban idült alkoholismusnak tartok.

A kísérlet lefolyását a következő összeállítás tünteti fel:

	A kísérlet tartama	Naponkénti adag	Testsúly az első napon	Testsúly az utolsó napon	Súlyszaporodás
Fehér nyúl	57 nap	0.03 gm. borszeszben	860 gm.	1490 gm.	630 gm.
Tarka nyúl	60 nap	0.1 gm. vizes emulsióban	1060 gm.	1250 gm.	190 gm.
Sárga nyúl	38 nap	0.2 gm. vizes emulsióban	1420 gm.	1780 gm.	360 gm.

Magyarozatképen meg kell jegyezmem, hogy a tarka nyúl nem volt egészen jó kísérleti állat, a mennyiben a kísérlet kezdetén 14 nap alatt teljesen ismeretlen okból 210 gr.-ot fogyott. Ezt azonban 8 nap alatt helyrehozta és a kísérletnek 44-dik napján már 1310 gr.-ot nyomott, tehát 29 nap alatt összesen 460 gr.-ot gyarapodott! E napon azonban kikötés alkalmával állkapocstörést szenvedett s e miatt nem táplálkozhatván jól, ismét 60 gr.-ot fogyott a kísérlet végéig. A nyulak rendes zabtáplálékot kaptak, s naponta néhány zöld saláta- vagy káposztalevelet. A befejezett kísérlet után is teljesen normalis állapotúak voltak s egy hónap múlva, június 8-dikán megnézve őket, a fehér nyulat 1570 gr., a tarkát 1370 gr., s a sárgát 1960 gr. súlyúnak találtam.

Beszámolásom lelkiismeretessége végett meg kell még említenem, hogy egy nyulam, a melyet 0.2 gr.-os adagokra állítottam be a kísérleti sorozatba, 17 napi teljesen normalis viselkedés mellett a 18. napon kikötésnél gerincztörést szenvedett és megöletett. Egy másik, ugyancsak 0.2 gm.-ra beállított nyúl csak 5 napig volt kísérlet alatt; ezen öt nap alatt testsúlya 1170 gr.-ról igen arányosan 1220 gr.-ra növekedett. A hatodik napon reggel ketrecében rángó göresök között találtatott, reflexei fokozottak voltak, légzése igen gyors vala és erős nyálfolysa volt. Fél óra múlva a hátsó végtagok hűdöttek lettek, tarkómerevség lépett fel, s az állat egy óra lefolyása alatt elpusztult. Ez az állapot az anyag beadása után 24 órával teljesen megmagyarázhatatlan előttem; idült mérgezésnek sem lehet betudni, mert igen akut jellegű tünetei voltak s más állatok mily hosszú időn át kaptak ugyanennyi adagot minden baj nélkül. A boncolás sem derített ki semmi elváltozást, úgy hogy ez esetnek semminemű magyarázatát sem tudom adni, annyit azonban bizonyosnak tartok, hogy az a phenolphtalein adagolásával semminemű összefüggésben sem áll.

Ily módon meggyőződést szerezvén magamnak a felől, hogy a phenolphtalein az állati szervezetre semmi különös hatást sem gyakorol és teljesen ártalmatlan anyag, az egészséges emberen tettem vele kísérleteket: első sorban is magamon. Másfél grammot vettem be, míg egy barátom egy gramm bevételére vállalkozott. A bevétel után 3 órával csekély korgást éreztünk beleinkben s erre csakhamar tiszta vizes, rendkívül bő ürítés követ-

kezett be. A székletetek déltől este 10 óráig minden kellemetlen székelési inger, tenesmus vagy kolika nélkül nálam ötször, barátomnál négyszer ismétlődtek, s a székletét még másnap és harmadnap is pépes volt, s naponta kétszer állott be. A székletetekben lúggal a phenolphtalein bőséges jelenléte volt kimutatható, jeléül annak, hogy fölöslege távozott. Ez az észlelet óvatosságra intett bennünket az adagok további megválasztásában. Később azt tapasztaltuk, hogy 15–20 cgm. is már elegendő arra, hogy egy-két bő vizes ürülést hozzon létre minden a drastikumoknál tapasztalható kellemetlen mellék- vagy utótünet nélkül. A phenolphtalein hashajtó hatása épen olyanak látszik, mint a középsők hatása vagy a ricinusolajé, a mennyiben kolika nélkül hat, igen erős transsudatiót indít meg, s ennek következtében bő vizes ürüléseket hoz létre. A phenolphtaleinnek ezen érdekes és nem várt hatását még bővebb tanulmány tárgyává fogom tenni, s erre nézve a közlés jogát addig is fentartom magamnak.

Már most az a kérdés merült fel, hogy a phenolphtalein ezen utóbb említett hatása vajjon akadályt képez-e a törkölybornak vele való denaturálására nézve? Feleletem erre az, hogy a Liebermann tanár által ajánlott hígítás (1 gm.: 100 literre) olyan fokú, hogy egy liter borra csak 0.01 gm. phenolphtalein jut, s így, ha valaki 5–10 liter bort is iszik meg egyszerre, még mindig nem vett be hashajtó adagot. Az iszákosok kedvéért huzamos időn át kis adagokkal tettünk kísérletet. Hármán szedtünk egy hónapon át naponta 0.1 gr. phenolphtaleint minden kellemetlenség nélkül: a székletetek az első napokban pépesek voltak, azontúl rendesek.

Ennek alapján bátran állíthatom, hogy a phenolphtalein műborok denaturálására minden aggodalom nélkül használható a mondott (1:100,000) hígításban, a mennyiben az 5–10 liter borban foglalt 0.05–0.1 gm. phenolphtalein az ember szervezetére teljesen hatástalannak mondható s ha még nagyobb adagok vétetnek be, azok hatása nem lesz ártalmas, sőt hasznos, a mennyiben az óriás mennyiségű alkohol-mérégnek kiürülését elősegítik.

Mivel érdekelt még az, hogy a phenolphtalein szenved-e bomlást az állati szervezetben, egy idevágó kísérletet is tettem. Hogy a bomlás igen csekély lehet, arra mutatott már az a körülmény is, hogy a kísérleti állatok gyomrában és beleiben, vizeletükben, epéjükben mindig sikerült biztosan kimutatni a phenolphtalein jelenlétét. De tekintetbe véve azt, hogy lúggal a színváltozás még 1:10,000,000 hígításban is határozott, s hogy én a vizelettel, epével csak gyenge színváltozást kaptam, valószínűnek tetszett, hogy az anyag felszívódása igen csekély. A székletetek rendszeren erős sötét rózsaszín reactiót adtak.

Kísérletem a következő volt:

Egy 8.5 kg.-os kan kutyá naponta 150 gm. egy beszerzésből származó kutyakenyérrel kapott 150 gm. tej és 150 gm. víz keverékében, mely táplálék mellett 6 nap alatt megközelítőleg egyensúlyba jött az A) és B) kénsavak kiválasztását illetőleg. Ekkor négy napon egymásután hatalmas adag phenolphtaleint kapott. A közönséges és aether-kénsavak kiválasztása azonnal megváltozott, viszonyszámuk 5.6-ról 1.1-re csökkent, s megint azonnal helyreálltak a normalis viszonyok, mielőtt az adagolást abbahagytam. A kísérletet a következő tábla tünteti fel jól:

Május	Testsúly gm.	Vizelet napi mennyiség cm ³	A Ba SO ₄ (összes)	B Ba SO ₄ (összes)	A/B viszony	Megjegyzések
11	8470	300	1.709	0.165	10.3	
12	8250	200	0.7860	0.08	9.85	
13	8245	250	0.9800	0.10	9.8	
14	8400	275	1.226	0.165	7.4	
15	8460	250	0.850	0.15	5.7	
16	8420	350	1.19	0.21	5.6	
17	8390	300	0.72	0.24	3.0	Délután 11 ó. 5 gm. phenolphtalein
18	8500	250	0.40	0.3	1.3	10 órákor 5 gm. ph.
19	8550	250	0.355	0.3	1.18	10 " 10 gm. ph.
20	8550	200	0.36	0.32	1.1	
24	8540	300	1.08	0.108	10	Négy nap múlva

Ebből világos, hogy a phenolphtaleinből valami kevés phenol hasad le a belekben, s a szervezet kénsavának egy részét a maga számára foglalja le. Hogy a viszonyszám a nagy adagok daczára sem lett +ból — jellegűvé, azaz, hogy az aether-kénsav mennyisége nem haladta meg a közönséges kénsav mennyiségét, az azzal volna magyarázható, hogy egyrészt a hasadási processus igen csekély, másrészt pedig a phenolphtalein egész mennyisége igen hamar, a beadás után 2—3 órával hasmenéses székletét alakjában kiürült. Csodálatos, hogy e mellett az állat súlyából nem hogy veszített volna, de gyarapodott.

Ennyit a phenolphtaleinnek a szervezetre ártalmatlan voltáról. Hogy mint gyógyszer használható-e és mily esetekben, milyen módon? erre nézve kísérletek vannak folyamatban, melyek eredményeiről annak idején fogok beszámolni.

A szivárványhártyaelőesés therapiája szemblennorrhoeánál.¹

Irta *Falta Marczel* dr., szem- és fülorvos Szegeden.

A szivárványhártya előesése legnagyobb gondosságot, körültekintést és éleslátást kíván a gyógyító orvos részéről. A legkisebb előesés is igen csekély műhibára vezethet, nemcsak azon szemre nézve, a melyen az előesés megtörtént, hanem a másik ép szemre is, míg a nagy, sőt teljes prolapsusok is halás tárgyai a kezelésnek, ha helyes irányú.

A prolapsusnál az általános gyógyító eljárás abban áll, hogy ha az még legfeljebb 24 órás, megkísérélhető a visszahelyezés műveleg vagy a pupillatágító, illetőleg szűkítő szerek erőyes igénybevételével — már a szerint, hogy a szaruhártya mely helyén van az iriselőesés —, vagy, ha az már 3, legfeljebb 4 napos és ha 24 órás is, de a repositio nem sikerül, előáll az iris előesett részének a körülfogott szaruhártyából való kifejtése és utána kimetszésének indicatioja, mi által azt érhetjük el, hogy az iris az előcsarnokban szabaddá lesz, rajta egy mesterséges pupillával. Ha pedig a kifejtés nem sikerül már, akkor a csapolás, lemetzés vagy leégetés jönnek szóba.

Bármit teszünk is egyébiránt, mindig ama főtörékvés kell hogy irányítsa eljárásunkat, hogy történt legyen az előesés a szaruhártyán, a limbuson vagy sclerán át, ha már a visszahelyezés vagy kimetszés nem sikerül, összes működésünk segélyével első sorban is *lapos hegédést* érjünk el.

A szivárványhártyaelőesések leggyakrabban sérülések és műtétek után jönnek létre. De ha a szem megbetegedéseit tekintjük, leggyakrabban blennorrhoeához szövődött prolapsusokkal van dolgunk. És már az a körülmény is, hogy gyakoriak, indokolja azt, hogy ez utóbbiakkal behatóabban foglalkozunk, főképen azért is mert az előesések sablonszerű gyógyító elveit nem alkalmazhatjuk a blennorrhoeánál.

A gonococcusok első sorban is a kötőhártyát támadják meg, a szaruhártya azonban eléggé ellenálló azokkal szemben. De ha a táplálkozási viszonyai megzavarodnak, vagy ha a blennorrhoeikus váladék pangása által uszárítatik, alig vonható kétségbe az, hogy a coccusok a cornealis szövetbe is be ne jussanak. És ha a szaruhártya bántalma tovaterjed a mélybe, a coccusok is kiserik és így, ha átfürödés jö létre, akkor a cornea szövetéből és a blennorrhoeikus váladékkal is bejuthat a szembe a contagium.

A perforatioval áll elő az irisprolapsus esélye, ha az átfürödés helyén egyáltalában van iris, nem pedig a cornea oly területén jött az létre, melynek megfelelőleg a normalis, paretikus vagy arteficialis mydriasis folytán megnagyobbodott pupilla fekszik. Oly esetben, melynél az átfürödással szemben van ugyan szivárványhártya, de hátsó lenövések vannak jelen, szintén nem eshetik elő az iris.

Ha a perforatio megtörtént és a prolapsus létrejöttetésének feltételei megvannak, az iris a szem nagyobb belső nyomása következtében azonnal odafekszik a nyíláshoz és a csarnokvíz kiömlését megakadályozza, eltekintve attól a kis mennyiségtől, mely az átfürödés és a szivárványhártya odafekvése között eltelt

csekély idő alatt kifolyhatott. A mint a cornealis fekélyeknél, beszűrődéseknél és tályogoknál üdvös szövődésnek szokták mondani azt, ha a szaruhártyán ereződés lép fel, úgy a szemnek blennorrhoeikus megbetegedésénél, ha a szaruhártya átfürödik, üdvös szövődésnek kell hogy tekintsük az iriselőesést, daczára a szövődés elég súlyosságának.

Oly esetekben ugyanis, melyekben a szaruhártya perforatioval szemben nincs iris vagy lenőtt iris van, nagyon természetes, hogy a szivárványhártya nem nyomulhat az áttört nyíláshoz. És épen ezen esetekben áll elő inkább a szem elpusztulásának veszélye, blennorrhoeánál panophthalmitis fellépése folytán, vagy a legjobb esetben is lenese fekszik oda a perforatiohoz, catarakta polaris képződését vonva maga után, a mi elég nem kívánatos kimenetel, quoad visum.

Ha sem a szivárványhártya, sem a lenese nem zárja el az átfürödést, akkor a blennorrhoeikus váladék, a mint a szem belső nyomása nem nagyobb a külső nyomásnál, bejuthat a szem előcsarnokába, bejuthatnak természetesen a gonococcusok is és a legvehemensőbb panophthalmitist hozzák létre összes következményeivel. De ha a szivárványhártya oda-, illetőleg benyomul a perforatioba, akkor a panophthalmitisnek helyes therapia mellett majdnem biztosan el van vágva az útja, még teljes prolapsusnál is, midőn az iris és a lenese együttesen zárják el a külső secretum útját befelé.

Elemelve a cornealis áttörés egyes mozzanatait, arra az eredményre jutunk, hogy a perforatio pillanatában egy kevés csarnokvízkiömlés van, azután az iris nyomul a nyílásba, de semmi esetre sem nyomulna, ha a szem belső nyomása nem volna még mindig nagyobb, a perforatio daczára, a külső légnyomásnál. Tehát a nagyobb nyomás az iris közvetítésével hermetikusan elzárja a szem belső tartalmát a külső elől. Ezért jogosult a prolapsus szövődést perforatio esetében épen a blennorrhoeánál üdvösnek mondani, mert hiszen így az iris elzárja az útját a gonococcusoknak, egyáltalán a fertőző anyagoknak a szem belseje elől.

Igaz, hogy ezen üdvösnek nevezett szövődés uveitis anterior, cysták keletkezését, secundaer glaucomát, sympathikus gyuladást okozhat, azonban a helyesen vezetett therapia épen ezek ellen tehet sokat. Míg ha a perforatio nincs elzárva, a bulbaris complicatiokat csaknem összetett kézzel kell néznünk és azokkal szemben csaknem tehetetlenek vagyunk.

A therapia célja irisprolapsus esetében vagy épségben visszajuttatni a csarnokba a szivárványhártyát, úgy hogy kerek pupilla s szabad iris legyen, vagy excisioval szabaddá tenni az irist, de legalább is az, hogy leukoma vagy cicatrix adhaerens jöjjön létre a szaruhártya normalis görbületének a lehetőségig megtartásával. Hogy ezek egyikét elérhessük, indikált vagy a visszahelyezés, vagy a kimetszés, vagy a csapolás, lemetzés vagy leégetés műtéte.

A szem blennorrhoeájánál azonban ezek bármelyikének végrehajtása legalább is veszélyes, de fölösleges is.

Ha a beszűrődéses stadiumban esett elő az iris, akkor már a térvizonyok miatt sem lehet azokat végrehajtani; a pyorrhoea stadiumában azonban igaz, hogy ezen akadály eszik, de hajtjuk végre azon műtétek bármelyikét is, ez egyenesen kapunyitás a fertőzés számára befelé a szembe. A visszahelyezett irisszel bevihetjük a contagiumot, akár egészben, akár kimetszéssel helyezük azt vissza, avagy a perforation keresztül juthatnak be utóbb a coccusok, mivel abból az irist eltávolítottuk és így szabaddá lett téve a közlekedés a szem belsejébe. Kihnt tanár is azt mondja egyik munkájában,¹ hogy iriselőesés után, ha a szivárványhártya visszajut az előcsarnokba, fertőzés folytán a legsúlyosabb iridocyclitisek, sőt panophthalmitisek jöhetnek létre.

A csapolással, lemetzéssel, leégetéssel ugyancsak utat nyithatunk a fertőzésnek, akár a szem belsejébe vezető út megnyitása által, akár pedig a keletkezett sebfelületek útján.

Számolva azzal a tényezővel is, hogy az iriselőesések egyik súlyos következménye lehet a sympathikus ophthalmia, még ebből a tekintetből sem javasolt a műteti beavatkozás, mivel összes eseteim között, a melyekben a szivárványhártya békés úton gyógyított vagy békés úton gyógyult, egyszer sem láttam sympathi-

¹ Előadatott a szegedi orvosegyesület 1899. december 13-dikán tartott ülésén.

¹ Über die Verwertbarkeit der Bindehaut in der praktischen u. operativen Heilkunde. 57 oldal.

kus gyuladást, a hol pedig ez fellépett, ott vagy sérülés, vagy műtét az irisen előzte meg azt. Hasonló tapasztalatról számol be Knapp¹ is. Tehát az az indicatio, hogy sympathikus lob elkerülése miatt hajtsuk végre a prolapsus műtétek valamelyikét, egyszerűen elesik.

Veszélyes tehát a prolapsus műtéteblennorrhoeánál a bekövetkező fertőzés miatt, nem indokolja azt a sympathikus lob elkerülése sem, de a mi a fő, nem szükséges, mivel békés úton is a lehető legjobb eredmény érhető el.

A gyógyító eljárást a prolapsusokról különösen két szempont kell, hogy irányítsa. Az egyik, hogy ha már az iris előesett, az gyuladásba ne jöjjön, mi által iridocyclitis léphetne fel összes következményeivel, és a másik az, hogy a prolapsus ne *növekedhessék* és laposan lehegedjen. Az első annál is könnyebb elkerülni lob ellenes eljárással, mivel a *sértetlen* iris különben is nagy ellenálló képességet fejt ki a pathogen csirákkal szemben, mint ezt Knapp vizsgálatai is megerősítik. A növekedés megállítását pedig myoticumok és nyomó kötés segítségével érjük el, miáltal a lehegedést is elősegítjük. A főszerep a myoticumoknak jut, miért is ezekre kissé bővebben kell kiterjeszkednem.

Ha myoticum alkalmazása van javasolva, éppen nem mindegy és nem közömbös, hogy a pilocarpint vagy eserint használjuk-e. Éles határvonallal lehet megszabni a két szer közül, melyik, hol és mikor adagolható, melyik tesz jó szolgálatot akkor, midőn a másikkal árthatnánk vagy viszont, mely esetek azok, melyekben akár az egyik, akár a másik szer alkalmazható.

Számtalan esetben tapasztaltam azt, hogy a hol a pilocarpinnal nem, ott az eserinnel célt lehet érni és viszont, továbbá, hogy az egyiket nem tűrte a beteg szem, míg a másik gyógyulás felé vitte.

Általában, ha erősebb ciliaris injectio van, de különösen, ha cyclitikus fájdalmak vannak jelen, akár spontan, akár nyomásra, akár kisugároznak azok a szem körüli csontokra, akár nem, myoticum alkalmazásának indicatioja esetében az eserin igen rossz szolgálatot tesz és a fájdalmakat sokszorosan növeli. Ha azonban ily esetekben az eserint pilocarpinnal eseréljük fel, mintegy varázsszerűen eltűnnek a fájdalmak és a szem békülés felé halad.

Ha ennek okát keressük, először is abban találjuk, hogy az eserin hirtelen ciliaris görcsöket okozva, túlerélyesen hat, míg a pilocarpin, hogy úgy mondjam, sokkal óvatosabban, kellő mérséklettel fejt ki hatását. A főök pedig abban keresendő, hogy az eserin, a mellett, hogy myoticum, véredényszüktítő is, míg a pilocarpin, osztva az eserinnel előbbi tulajdonságát, ellenkezőleg véredénytágító.

Bármely szembeálatomnál, ha ciliaris injectio és cyclitikus fájdalom van jelen, igen valószínű, hogy lobos termékek is vannak, de legalább is valamely inger az, a mi a rendes ciliaris vérkeringésnek útját zavarja. És ezen körülményből magyarázhatjuk ki legkönnyebben a pilocarpin áldásos hatását. Ugyanis véredénytágító lévén, akár a lobos termékeknek, akár pedig az ingernek mintegy levezetőjéül szolgál. Míg az eserin, szűkítván a véredényeket, a lobos termékek további felhalmozódását vagy az inger fokozódását okozza.

Ezért kell tehát distingválni a két myoticum alkalmazásánál. Egyik a másikat nem helyettesítheti, hol csak az egyik, hol csak a másik fejtheti ki a várt hatást.

És különösen a szivárványhártyaelőeséseknél myoticum indicatioja esetében a következők tartandók szem előtt: Ha erősebb ciliaris injectio van jelen akár fájdalommal, akár nélkül, a pilocarpin javasolt. Ha sem ciliaris injectio, sem fájdalom nincs jelen, vagy ha már ezek megszűntek, akár eserin, akár pilocarpin használható, de jobb, gyorsabban célhoz vezető az eserin.

Az atropinnal általában, de különösen az irisprolapsusoknál igen sok visszaélés történik. Derűre-borúra atropinoznak, legyen a szemnek bárminemű baja is. Számtalan esetben láttam egyszerű kötőhártyás hyperaemiánál, nem is hurutnál, glaucománál atropint alkalmazni. A prolapsusokra vonatkozó terapiánál még a tanácsok nagy részében is és több értekezésben a javaslatok

között, minden további kommentár nélkül ott találjuk az atropin becseppentést. Pedig az én tapasztalataim arról győzték meg, hogy az atropin helyett valamelyik myoticumot kellene inkább ajánlani. Atropint ugyanis csak egy esetben használok szivárványhártyaelőesésnél, akkor, ha a prolapsus nem régebb 24 órásnál és a cornea középponti területén jött az létre. Nem lehetetlen, hogy atropinozás által kihúzható az iris a sebből és szabad pupillát nyerünk. De a blennorrhoeánál még ekkor is veszélyes kísérlet számba megy, mivel a perforation keresztül szabad út nyílhatik a fertőzésnek a szembe befelé.

A blennorrhoea beszűrődéses stadiumában nem igen fordul elő nagyobb prolapsus, vagyis nagyon elődomborodó prolapsus, egyrészt, mivel e stadium csak pár napig tart, másrészt, mivel a megduzzadt szemhéjak mint egy természetes nyomókötés, úgy hatnak az előesett irisre és nem engedik azt kifelé domborodni. Azért azonban az előesésre irányuló terapiának már a blennorrhoea e stadiumában is kezdetét kell vennie. A jeges borogatás maga is már szolgálatot tesz e célnak, mivel antiphlogistikus hatását a szivárványhártyával szemben is kifejti, a melyre, mint fennebb már jeleztem, nagy szükség van.

A míg e stadium tart, két százalékos pilocarpint cseppente naponként egyszer, akár van ciliaris injectio vagy fájdalom, akár nincs, akár 1—2 napos, akár régebb az előesés. Eserint azért nem, mivel ennek izgató hatását tanácsos e stadiumban kerülni, de meg a pilocarpin által a szem belső nyomásának elérhető csökkentése és a duzzadt szemhéjak nyomása elegendő a prolapsus növekedésének korlátozására. Nyomókötés épen ezért ekkor még felesleges, de meg nem is volna helyén, mint tudjuk. Azonkívül a szokásos antiseptikus gyakori kiöblítéseket rendelem és ha lehet, már lapissal ecsetelek.

(Folytatása következik.)

Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem II. (Réczey Imre tanár) sebészeti klinikumáról.

A hydrocele gyökeres műtétének értéke.

Irta Reácz Dezső dr. műtőorvos.

(Folytatás.)

A mint említettük, a radicalis metszéssel műtett esetekben a gyógytartam 7—10 nap között volt, a kivételt a következő esetek képezték:

A 63. számú esetben, a hol a borék fekélyesedése folytán a vizesvír spontán ürült ki, tekintettel a seb fertőzöttségére a tunica kiszegzése mellett a hydrocele nyílt kezelése vált szükségessé; ugyancsak nyílt kezelés vált szükségessé a 47. számú esetben, midőn a fejlődött nagy vérömleny miatt a varratok idő előtt távolítottak el. A szövetek rendkívül renyhe regeneráló képessége miatt a gyógytartam ez esetben 77 napot vett igénybe.

A 49. számú esetben a műtétet követő estén borékphlegmone tünetei miatt a varratok kiszedettek és a borék bőre több helyütt scarificáltatott; a gyógytartam 54 napos volt.

Még egy esetben hosszabbodott meg a gyógytartam a vérömleny leocátása miatt, a 60. számban; a beteg 30 napig maradt a kórodán. A 20-dik számú esetben kétoldali hydrocele volt jelen. Mivel a beteg mindkettőnek egy ülésben való műtétevébe nem akart beleegyezni, csak egyik oldalon végeztetett radicalmetszés, míg a másik oldalon punctio és befecskendezés, de tekintettel arra, hogy ezután a hydrocele még csak rohamosabb növekedésnek indult, utóbb ez is *Bergmann* szerint operáltatott meg.

Összesen 50 ezen methodus szerint operált betegről számolva be, csak 4 esetben volt a gyógyulás illetőleg az elsődleges egyesülés megzavarva.

Ezen 50 eset közül recidiva egyetlenegy esetben sem fordult elő, dacára annak, hogy e betegek nagy része hosszabb ideig állott még megfigyelés alatt, más része pedig azon határozott utasítással lett haza bocsátva, hogy bármikor rendellenességet tapasztalna borékjában, azonnal jelentkezzék.

Klinikumunk életében a mindennapi tapasztalat bizonyítja,

¹ Behandlung gewisser Formen von Irisprolaps. Archiv of Ophthalmology. Vol. XXVI, III.

hogy egyszer osztályunkon feküdt betegeink messze földről térnek vissza klinikumunk rendelkezésére, néha nem is sebészi bajjal, úgy hogy a kiújulásokat illető adataink a közel biztosság jellegével bírnak.

Mint recidiv hydrocelek kerültek műtetre a következők:

33. szám, melyben mint a 2-dik számú esetben 1889-ben végeztetett punctio és Lugol-oldat befeeskendezés.

41-dik szám, a melynél felvétele előtt 3 héttel végeztetett punctio és jod-befeeskendezés, melyet azonban óriási fájdalmak között fejlődő acut hydrocele követett.

Hasonló okoknál fogva került a klinikumra az 55. számú eset.

A 68-dik számú esetben a heg után ítélve valószínűleg *Volkman* szerint végzett műtét ejtetett először, mely után 6 hónappal jelentkezett a savógyülem.

Nem tekinthető kiújulásnak az olyan eset, a melynél az egyik oldali megszüntetése után a másik oldalon fejlődik hydrocele; ilyen a 25-dik számú, a hol az egyik oldali műtéve és a másik oldali kifejlődése között 8 hónap telt le.

Az incisio módszer, valamint a jodtinctura befeeskendezés előnyei és hátrányai annyira és oly sokat képezték discussio tárgyát, hogy itt nem foglalkozhatunk velük bővebben.

Tagadhatatlan, hogy a befeeskendezési módszerek nem nyújtanak elég biztosítékot a kiújulás elkerülésére. Saját négy esetünk szintén injectio után keletkezett. Teljesen eltekintve a régebbi statistikáktól, újabban *Sarrot P.*⁸ szemben azon nézettel, hogy vékony, puha, nem lobosodott falú hydrocelek nem hajlamosak a recidivára és ezért az injectio methodusok által könnyen gyógyíthatók, 15 esetről számol be, a melyekben a hüvelyburok falainak lágyága és teljes épsége mellett is kiújulások léptek fel. Ugyanezt bizonyítja *Roersch*⁹ is.

Túlzottak ellenben azon érvek, melyeket a befeeskendezés ellen annak veszélyessége miatt hoztak fel; így egyebek között, hogy a canule a tunica vaginalis üréből kiesészhatik és a serotum többi rétegei közé kerülhet, az ide fecskendezett jodtinctura pedig phlegmonet, üszkösödést hozhat létre. Ez némi elővigyázat mellett még a legprimitívebb szakavatottsággal is könnyen elkerülhető. A *Gosselin* által tapasztalt azoospermiát, mely az alhártyás összenövésnek folytán jönne létre, kivüle senki sem észlelte. Mint érvre nem reflectálhatunk oly véletlen jodintoxicatiokra, a melyenről *Chavoix*¹⁰ emlékszik meg, midőn 8 nappal a jodinjectio után petechiák léptek fel, melyekhez utóbb igen súlyos orrvérzés és haematuria társult.

Eltekintve azonban attól, hogy már a bántalom természeténél fogva egyáltalán contraindicált a befeeskendezés, mindazon esetekben, a hol többrekeszü vagy veleszületett hydrocelekről van szó, a hol szervi elváltozások vannak a herében vagy mellékherében, és azon idült esetekben, a hol megvastagodott falak vannak jelen, két határozott előnye van a metszésnek a befeeskendezés felett: a gyógyulás sokkal gyorsabb, a kiújulás sokkal ritkább, a *Bergmann*-féle eljárásnál pedig egészen kizárt.

Az injectio gyógytartama nyugodtan tehető 20–25 napra, a bemetszése bármely methodus szerint 10 nap.

Az injectio esetek gyógytartama csak látszólag rövidebb. Már *Bramann* állítja, hogy az injectio eljárásnál a munka és keresetképesség korántsem oly gyors, mint általában hinnék, mert ha ezen betegek könnyen belátható okokból előbb bocsáttatnak is a járóbetegkezelésbe, mint a műtett, esetleg még nyílt sebbel bírók, úgy a befeeskendezések által talált részek fájdalmassága és duzzanata még az első hetek után is oly jelentékeny, hogy a foglalkozás megkezdésére legtöbb esetben még gondolni sem lehet.

*Albers*¹¹ 68 hydrocelekről számolván be, közli, hogy 19 esetben végzett injectionál 2–7 hétig tartó gyógytartam mellett 65% volt a gyógyulás, míg a *Volkman* szerint operáltaknál 96% gyógyult.

Általában a kiújulás az injectio eljárásnál 10%-ra tehető.

A jodinjectio mellett nagyobb elterjedésre az először *Lewis* által 1872-ben ajánlott (Ctbl. f. Ch.) tömény carbolsavinjectio

tett szert. 54 esetről referálva 1892-ben, többszöri befeeskendezés után 27 esetben ért el gyógyulást.

*Bach*¹² a Bruns-féle klinikumról közöl ilyen tömény carbolsavval befeeskendezett eseteket; 40 közül 28-ban volt a gyógyulás végleges. Előnye volna a fájdalomtalanság, rövidebb gyógytartam és azon körülmény, hogy a betegek hivatásukban alig zavartatnak. Ugyancsak a fájdalomtalanságot dicséri *G. A. Race* is (Ctbl. f. Ch. 1897), ezt emeli ki *Rasumovszky* is (u. o. 1896), de sok kiújulásról és súlyos carbolmérgezésről is beszámol, mi ezen eljárást nem teszi valami kecsgetetővé.

A jodinjectio esélyeit óhajtja javítani *Neumann*¹³ ki a troiquart 2 napig bennhagyja és *Nicaise*¹⁴ ki draint vezet be.

Az alkohol adhaesiv lobot gerjesztő hatására számít *Farkas László*¹⁵ ki ezen folyadék befeeskendezését a tunica kiszegésével kombinálva alkalmazza, az így létrehozott sebet jodoformgaze-csik bevezetése mellett nyíltan kezelve.

A bevezetett idegen test lógerjesztő hatására számítva, a sebeszet egy rég letűntnek vélt korszakának emlékeit idézi fel *Herbing Stettinben* (Ctbl. f. Ch. 1894), ki fonalat húz a borékon keresztül felülről lefelé, a fonálvégeket collodiummal ragasztva le. Modernebb már *Buschke*¹⁶ ki jodoformgaze-csikot vezet ilyen módon keresztül.

Nagyon subtilis aggodalmak által vezetve ajánlotta a radicalis metszés módosítását *Storp*, ki az 1896-diki berlini sebész-congressuson tartott előadásában, tekintettel a tunica vaginalis kiirtásának nehézségeire (?), a tunica felhasítását, néhány varrattal dohányszacskóformában való összehúzását és a here körül fekvő köteggént való behagyását ajánlja. *Bergmann* ezen előadáshoz fűződő eszmeeserében az ajánlott műtét beavatkozást igen nagy visszaesésnek tartja. Ugyanez mondható *Baumgarten*¹⁷ eljárásáról is, ki a tunicát először tompán leválasztja, a közte és a serotum bőre között levő rést sublimat-gaze-zel kitömi és így metsz be, nehogy a kötőszövet imbibálódjék!

*Reclus P.*¹⁸ az utóvérzés elkerülésére csak a belső lemez kiirtását ajánlja, a külső lemezt 5%-os carbol-gaze-zel kitöri.

Nagyon fél az utóvérzéstől és sebfertőzéstől *Borbély Samu*¹⁹ is, ki vérömleny vagy genyedés fellépte eseteiben könnyen óhajtván a bőr és a tunica közé jutni, a borék bőrét két egymásba futó ovaleer metszéssel kivágja, a tunicát tompán leválasztja, felmetszi, a két sebszált csipetőkbe fogja, az összefogott hely alatt matrác-varrattal egyesíti és 0.5–1 cm.-nyire a varrat felett esonkolva a tunicát a megfelelő oldali bőrrel egyesíti.

Mindezeknél eredetibb és újabb utakon jár *Doyen* műtéti modora: a borék bőrén, annak mellső felületén 2–3 cm.-nyi metszést készít, a tunica vaginalist 2 pincettával megfogja, felhasítja, a bőr résén keresztül az így megfogott tunica a herével együtt kihuzatik, mi által ez utóbbi teljesen kifordul, a tunicát 1–2 csomós varrattal kisebbitve s az egészet ismét visszahelyezve, a sebzést három öltéssel egyesíti. A műtét rövid néhány perzig tart, a lefolyás teljesen reactio nélküli, utóvérzés kizárt.

Az ide esatolt részletes körtörténetek az itt elmondottaknál fényesebben igazolják *Récey* tanárának a *Julliard-Bergmann*-féle egyszerű, feltétlen biztosságú eredményt nyújtó műtéti beavatkozás mellett állásfoglalását úgy az injectio, mint minden újabb műtéti módszerrel szemben.

1. W. I., 52 éves szabadkai születésű kereskedő, baloldali, nagy férfikölnyi, egyenletes felszíni, hullámzást mutató áttetsző herezacskó-daganat. Punctio narcosisban 1889. február 1-jén, körülbelül 400 gm. világossárga tiszta folyadék. Lugol-oldat befeeskendezés, teljesen láztalan lefolyás, február 7-dikén gyógyultán távozik. 1889. május 3-dikán újra jelentkezik férfikölnyi daggal, május 8-dikán punctio, 400 gm. sötétvörös tiszta folyadék, Lugol-befeeskendezés, június 9-dikén javultán távozott.

2. L. S., 15 éves budapesti születésű kereskedő-inasnak jobb lágyékhajlásában a külső lágyékgyűrű által körülvevő körülbelül lúdtőjasmekkoraságú terimenagyobbodás látható, mely felett a bőr rendes színű és hőmérsékű, nyomásra nem fájdalmas, a daganat a funiculus spermaticus mentén könnyen eltolható, tompa kopogtatási hangot ad, a

¹² Bach: Beitr. z. klin. Chir. Bd. XIV. H. 3.

¹³ Neumann: Fortschritte d. Medicin 1893.

¹⁴ Nicaise: Ctbl. f. Ch. 1896. Nr. 30.

¹⁵ Farkas: Budapesti közpórházi évkönyv. 1894.

¹⁶ Buschke: D. M. W. 1894. Nr. 16.

¹⁷ Baumgarten: Ctbl. f. H. u. Sexualorgane. 1896. O. H. L. 1895.

¹⁸ Reclus P. (Gaz. des hôpitaux 1893), ref. Ctbl. f. Ch. 1893.

¹⁹ Borbély S. Gyógyászat 1899.

⁸ Sarrot P. La méd. mod. 1896.

⁹ Roersch. Ctbl. f. Harn- und Sexualorgane. 1896.

¹⁰ Ctbl. f. Ch. 1894.

¹¹ Albers, I. c.

herétől elválasztható, 8 hónap óta áll fenn, eleinte sérvkötőt viselt, semmi alkalmi okra nem emlékszik. 1889. február 26-dikán punctio, befecskendés nélkül, sublimat kötés. Február 28-dikán gyógyultan távozott. *Hydrocele funiculi spermatici.*

3. H. P., szegedi születésű, 39 éves molnár, 20 éves korában kankója volt, melyhez herelob társult, a bal visszafejlődése után jobb heréje lassan nagyobbodott. 14 év előtt vidéken megcsapolták és azután ismét lassan fokozatosan nagyobbodott.

Jobb hereborék óriási dohányszacskó alakjában, 24 cm. hosszúságban, a czomb alsó harmadáig ér, fájdalomtalan, külső lágyéknnyílás felé határolt, bennéke sötét rózsapirosan áttűnő, hullámzó, könnyen eltolható, de nem kisebbíthető.

Jobb here alsó hátsó felén, mindjárt a daganat esücsa felett, míg a bal here a felső hátsó felén, a jobb óriási herezacskó felén, nyargaló kis diverticulumszerű bal borék félben található. 1889. április 5-dikén punctio. Lugol-oldat-befecskendezés, kibocsátott folyadék mennyisége és minősége nincs felemlítve.

Április 8-dikán azon utasítással bocsátattott ki, hogy félév múlva, ha a vízsértőmlőben képződött és azt félig kitöltő heveny izzadmány vissza nem fejlődne és nagyobbodna, gyökeres műtétet végeztetnek.

4. Sz. V., 53 éves hajókormányos, jobboldali két férfőköllyi, a lágyékesatorna külső nyílásánál elvesző hydrocele, mely egy év előtt keletkezett, midőn két hajó közé esvén, jobb heréjét megütötte, mely megdagadt, fájdalmas lett. Fájdalmasság 4 hét múlva megszűnt, de a borékfél nagyobbodni kezdett, míg mostani nagyságát elérte.

1889. május 25-dikén megcsapolva 400 kem. tiszta savó ürül. Tíz percze Lugol-oldat fecskendeztetett be. Junius 27-dikén gyógyulva távozik.

5. B. M., 49 éves nő, foglalkozás nélküli. Három év óta nagyobbodik bal borékfele, alkalmi okra nem emlékszik. Felvételekor három férfőköllyekkoraságú, a rugalmasan ellentálló bőr szederjesen elszínesedett, visszerek kitágulvák, tartalma sötét, át nem tetsző, hullámzó, has-űrbe vissza nem tolható. Lágyékesatorna zárt. Műtét 1889. július 11-dikén. A megnagyobbodott bal herezacskófél mellső közepe táján troicart-ral beszúrattott és mintegy 1500 gm. sötétbarnavörös, vér- és rostonyaalvadékkal kevert folyadék bocsátattott ki; a szúrástól fel- és aláfelé tompa bistourival tágitva, még mintegy 2-300 gm.-nyi vörös folyadék és a falhoz odatapadt rostonyaalvadék távolítottatott el. Ezután a több mm.-nyi megvastagodott merev tunica a herezacskó bőréből egy bizonyos távolságig külön fejtetett és ezen lefejtett tunicarészlet kiirtatott. Ezután a tunicanyílás szélei a herezacskó széleihez varratok catgut szűcsvarrat-tal, végre ezen kettős réteg egymással szemben levő pontjai csomós selyemvarrattal egyesítették; a seb alsó zugába a tunicába vezetett jodoformesik vezetett. Az egész seb 7 cm.-nyi.

Ezen műtét alkalmával a jobb here hátul felül és egyszersmind befelé, a septum scrotival erősebb összefüggésben; a bal here pedig hátul alul találtatott. Julius 12-dikén este 38²⁰ C.; július 13-dikán borék. duzzadt, erősen vízenyős, tömött; genyedés nincs; a tunica üre össze-
húzódott; új jodoformesik, új kötés. Julius 18-dikán borék leapadt, sebszélék egyesültek, tunica üre eltűnt, a varratok eltávolítottak, egye-
sek helyén széli gangraena állott be. Julius 31-dikén gyógyultan távozik.

(Vége következik.)

Törvényszéki orvosi casuistica.

Közlő: *Fialowski Béla* dr. kir. törvényszéki orvos, vármegyei tb főorvos.

(Folytatás.)

Gondatlanság által okozott emberölés. Az eljárás megszüntetése.

K. J. dr. n. . . b. . . i orvos 189. évi június hó 22-dikén azt jelentette a n. . . b. . . i rendőrségnek, hogy a 35 éves N. J.-né előző nap délelőtt 11 órakor holt gyermeket szült és délután 3 órakor elhalt. Miután „a mássa a köldökzsinórral egyetemben a szülőnő hüvelyében fekszik, a halál nem természetes úton állott be“.

A rendőrség a fenti jelentést azzal tette át a n. . . b. . . i kir. ügyészséghez, hogy a szülésnél K. A. nevű asszony segédkezett, ki kuruzslásért „már több ízben figyelmeztetve, sőt bűntetve is lett.“

A másnap vezetésem alatt eszközölt boncolás adataiból az összes szervekben mutatkozott nagyfokú, majdnem vértelenségnek nevezhető vérszegénységen kívül a következők emelendők ki:

Külvizsgálat. 1. A körülbelül 36 éves nő hullája 152 cm. hosszú, rosszul táplált, bőre igen halvány, sárgásba játszó, hátán igen kevés szederjes hullafoltokkal ellátott.

4. A has tágult, petyhüdt, rajta régi és friss terhességi hegek láthatók. A petyhüdt hasfalón keresztül a fanciesont felett egy gyermekfejnyi kerek, tömött képlet tapintható ki.

5. A fandomb és a nagy szeméremajkak szőrzete vérről szennyezett.

6. A szeméremrés nyitott, a nagy szeméremajkak duzzadtak, kékes szederjesek, a szeméremrésből az összegöngyölt köldökzsinór néhány kacska lóg ki.

Belvizsgálat. 19. A külső ivarszervek, a húgyhólyag, a végbél alsó része, a méh és függelékei egyetemlegesen szabályszerűen kivétettek s külön-külön megvizsgáltattak.

a) A húgyhólyag és húgyeső nyákhártyája halvány, a húgyhólyagban kevés tiszta sárga vizelet.

b) A szeméremrés, illetve a hüvely bemenete ép, szakadást nem mutat. A hüvely nyákhártyája halvány, harántul ráncos.

c) A méh egy nagy üres, petyhüdt zsákot képez, melynek szélességi átmérője 18 cm., magassága 16 cm., míg a méhnyak egyedül 6 cm. A méhfalzat vastagsága a domborulatán 4 cm. A méhszáj elsimult, sötét barna-vörös, vérdús, alig kiemelkedő puha léczet képez. A méh üregében a megrepedt és üres magzatburkokkal összefüggő méhlepény a méh bal felső részében a méh falzatához tapadva fekszik. A méhlepényből a köldökzsinór a központból eredőleg 25 cm.-nyi hosszúságban lóg. A köldökzsinór vége harántul élesen lemetstett, de nem lekötött. A méhlepény a magzatburkoknál meghúzva tapadási helyéről könnyen leválasztható, a mely leválás után a méhlepény tapadási helyén annak semmi részlete sem maradt, s más kóros elváltozás sem látható ott. A méh falzatában haladó vér- és nyirkedények rendellenességet nem mutatnak.

d) A petefészkek kicsinyek, tömöttek. A bal petefészekben egy valódi sárga testecs.

e) A végbél nyákhártyája halvány.

20. Ugy a fali, mint a zsigeri hashártya sima, fénylő, semminemű eltérést nem mutat.

Körisme. Szülés utáni állapota a méhnek. A méhszájnak nyitottsága. A méhlepénynek a méhben való bennrekedése. Általános vérszegénység. Elvérzés.

Vélemény. A megvizsgált egyén összes szerveiben talált nagyfokú vérszegénység, illetve vértelenség, a megnagyobbodott (terhes volt) és tartalmát részben kiürített méh nyitva maradása, a magzatburkokkal és a levágott, de le nem kötött köldökzsinórral összefüggésben lévő méhlepénynek a méh üregében való bennrekedése határozottan arra mutatnak, hogy a nő a szülés után a méh össze nem húzódása következtében a méhből eredő vérzés folytán halt el.

A szülés abból áll, hogy a terhes méh összes tartalmát (magzat, köldökzsinór, lepény, magzatburok és magzatvíz) saját erejéből összehúzódnak folytán kiüríti, mely kiürítés után a szülés lefolyt és a méh össze zsugorodik, kicsinyre válik s lassan sorvadva physiologikus állapotba jut.

Ha a méh összehúzódnak elég erősek, úgy ép alkotású medence és nem túlságos nagy magzat mellett a terhesség szabályszerű lefolyása után a méh tartalmát idegen beavatkozás nélkül szokta kiüríteni, s a szülés simán szokott lefolyni. Adott esetben is a magzat minden nehézség nélkül született meg. Ez képezi a szülés első szakát. Azonban a szülés második szakában, midőn a méhlepény és annak függelékeinek kell megszületni, adott esetben zavar állott be, mert azok a méhben bennrekedtek, a mi bizonyára vagy a nő, vagy csak méhének elgyengülése folytán következett be.

Tekintve, hogy a méh mindaddig, míg tartalma teljesen ki nem ürül, össze nem húzódhatik és így folyton vérzik, ennél fogva szükséges a bennrekedt méhlepény eltávolítása, a mi adott esetben annál könnyebben ment volna, mert sehol odanőve nem volt.

A méhlepény eltávolítására csakis orvos jogosított s így ezen esetben orvosi beavatkozásra szükség lett volna.

A tovább folytatott bűnvizsgálat adatai közül a bűniratokból a következők említésre méltók:

N. J.-né 40 éves, földmives neje, felső-m. . . i lakosnő, folyó évi január hó 20-dikán d. u., miután előzetesen 9-szer rendesen szült, az utolsó terhességének zavartalan lefolyása után szülési fájdalmakat kapott, a midőn is K. J.-né nevű „cezdulás bábát“ hívatta el, ki nála is maradt a szülés, sőt halála bekövetkeztéig. A szülés a többszörszülőkénél szokott rendes időtől eltérőleg igen hosszan tartott, mert a nő csakis másnap délelőtt 11 óra tájban szült s így körülbelül 20 óra hosszat tartott. A szülés hosszabb tartamától eltekintve, a szülés rendes lefolyású volt s a magzat bár élve, de tetszhalottan született, úgy hogy a nélkül, hogy kiabált volna, a népies élesztési kísérlet daczára (hagymaszagoltatás), rövid időre elhalt.

A szülés befejezte után a lepény leválása és megszületése szintén szokatlan hosszú ideig késett, itt a lepény 4 óráig is benmaradt a méhben s ekkor, hogy a lepény megszületését a bába elősegítse, a kilógó köldökzsinórna fogva, szerinte gyenge húzást

alkalmazott s midőn erre sem távolodott el a lepény, a bába állítása szerint a szülönőt, kívánságára, üvegbe fuvatta s midőn erre sem távozott el a méhlepény, a bába a szülönő férjét felhívta, hogy orvost hívjon, azonban a szülönő ezen kijelentés után rövid időre elhalt, mielőtt orvosért küldeni lehetett. A bába a szülés alkalmával a köldökszinórt szabályszerűleg lekötötte volna s csak a halál bekövetkezése után vágta le a hulla öltöztetésénél segédkező asszonyok a köldökszinórt, hogy a szeméremrészről ki ne csüngjön.

Ezzel ellenkezőleg Sz. L.-né határozottan azt állítja, hogy a bába a kiesüngő köldökszinórt kezére csavarva, másik kezével a szülönő hasára támaszkodott és oly erővel húzta volna, hogy nyomban rá N. J.-né szülönő, ki addig nem jajgatott s nem vérzett, „annyira vérzett, hogy a vér az ágyát elborította”. K. A.-né állítja, hogy a bába belenyúlt kezével a szülönő „testébe” s ott annyira kotorászott, hogy a szülönő jajgatott s ugyanekkor a bába marokszámra vette ki a vért az ágyból.

K. A. védelmül felhozta, hogy csak unszólásra ment N. J.-néhez, hogy neki T. A. dr. járási orvostól képesítése van és egyébként tagadja az erőszakos beavatkozást.

Az ügynek ily álláspontja folytán a kir. törvényszék a büniiratok kiadása mellett azon kérdést intézte hozzám, hogy K. A.-nak a tanúk által bizonyított beavatkozása és N. J.-né halála között az okozati összefüggés megállapítható-e.

Mire én az előzményi adatok rövid elsorolása után betérjésztettem a következőt:

Felülvélemény. Kétséget sem szenved, hogy az elhalt szülönő méhvérség folytán halt el, a mely méhvérség onnét eredt, hogy a méh tartalmát ki nem ürítette s ennél fogva a halál beálltaig vérzett.

Nyilvánvalólag a méh azért nem húzódott össze, mert az amúgy is rosszul táplált, sovány nőnek nem volt elég ereje, legalább arra mutat már előzőleg a gyermek szülésének a rendes időtől eltérő szokatlan hosszú tartama, a minek következtében a magzat bár életképesen és jól kifejezve, de tetszhalottan (asphyxia alba) született.

A méh rendes körülmények közt is rendszerint a nagy erőltetett méhösszehúzóddással járó magzat megszületése folytán kifárad, ellankad, zsongtalanná válik (tonia uteri) s ezen zsongtalanság adott esetben a rosszul táplált sovány nőnél nagyobb fokú volt.

A méhatonia a szülönő rendes tápláltsága és erőbeli állapota mellett csakhamar megszűnik. A méh ezen atoniája volt az oka az adott esetben annak, hogy nemcsak a magzat szülése, de a lepényi időszak is oly kivételesen hosszú tartamúvá vált s ezen lepényi időszak alatt az össze nem húzódott méh okvetlen folyton vérzett, de a lepény által mintegy eltömesztett méhből a vér nem ömölhetett kifelé, minél fogva azon akár erős, akár gyenge húzás, melyet a bába a kiesüngő köldökszinóról fogva eszközölt, nem volt az indító oka a vérzésnek, legfeljebb azt növelhette, vagy pedig a lepénynek helyéből való ki-mozdítása által az amúgy is már meggyült méhürbéli vérnek kifelé való ömlését lehetővé tette.

Ép úgy adott esetben a köldökszinór lekötött vagy le nem kötött volta sem folyt be lényegesen a méhből eredő elvérzési halál beálltára. Hogy a húzás nagy erővel nem történhetett, abból világlik ki, hogy a lepény odanöve nem volt s nagy húzásra okvetlen kijött volna.

A bába hibája adott esetben az volt, hogy a méh atoniáját fel nem ismerte s a méh atoniáját külső dörzsölésekkel nem ellensúlyozta, illetve a méhet összehúzóddásra nem ingerelte, hanem ellenkezőleg, bár tiltott, de ez esetben az elvérzést nem egyedül előidéző eljárással (köldökszinór-húzás, belső kotorászás) a szakszerű segélyt elodázta, mely szakszerű beavatkozásnak a kellő időben igénybe vétele esetén a már nagy fokban vérző nő életét is meg lehetett volna menteni.

S hogy a bába nem kellő tudást tanúsított, abból is látszik, hogy a tetszhalott magzatot nem kezelte szabályszerűleg, hanem czélhoz nem vezető szerekhez folyamodott, mert szakszerű kezelés mellett a jól fejlett gyermek is valószínűleg megmenthető lett volna.

Mindezek szerint M. J.-né halálát nem annyira a bába beavatkozása, mint inkább tehetségének túlbecsüléséből, vagy, a mi valószínűbb, tudatlanságából eredő mulasztása, szakszerű segély kellő időben való igénybe nem vétele idézte elő.

A n. b. i. kir. törvényszék 189. évi augusztus hó 15-dikén tartott zárt ülésében kelt határozatával a befejezett bünyvizsgálat alapján s a kir. ügyész indítványa folytán a gondatlanságból okozott emberölés vétségével terhelt K. A. ellen a további eljárást megszüntette s az iratoknak a Kih. btkv. 92. §-ába¹

¹ Kih. btkv. 92. §. Száz forintig terjedhető pénzbüntetéssel büntetendő

1. a ki szabályszerű jogosítvány nélkül fizetésért vagy jutalomért orvosi, sebész, fogorvosi vagy pedig oly helyeken, a hol szülész vagy szülésznő van és ezek akadályozva nincsenek, szülési teendőt végez.

ütköző kihágás elbírálása végett a n. b. i. rendörkapitánysághoz áttétetni rendelte, mert a bába erőszakos beavatkozása megállapítható nem volt, másrészt a boncsoló orvosok szerint a nő elvérzése a szülés után a méhnek össze nem húzódása folytán állott be, a mi a nő elerőtlenedésének és a méh zsongtalanságának volt következménye, a mely elvérzési halál létrejöttére a törvényszéki orvos véleménye szerint a köldökszinór erősebb vagy gyengébb húzása indító ok nem volt, s a köldökszinór lekötött vagy le nem kötött volta sem folyt be lényegesen s így a törvényszéki orvos véleménye szerint N. J.-né halála a bába ténykedésével okozati összefüggésben nem volt. Miután azonban K. A. rendőri tilalom daczára jogosítvány nélkül bábai teendőket végzett, úgy ennek elbírálása végett a rendőrséghez volt az ügy átteendő.

A rendőrség az ügyet, mint illetékeset, a járásbíróshoz tette át, a hol K. A. a Kih. btkv. 92. §-ába ütköző testi épség elleni kihágás vádjá és következményei alól felmentetett, mert „nem fizetésért és jutalomért teljesítette a szolgálatot”.

(Folytatása következik.)

Utójegyzet a „Mola hydatisa egy esete” című cikkhez.

Venetianer Jakab dr.-tól.

Kötelességemnek tartom, miután fenti cikkem, mely egy bécsi szaklapban is megjelent, egy kis polemiára adott okot, erről e helyen is utólag beszámolni.

A mola hydatisa therapiájának megbeszélésénél ugyanis azt állítottam, hogy Schauta a mola minden esetében a totalis exstirpationt ajánlja. Ezen állításomnál az irodalomban talált adatokra támaszkodtam, különösen pedig egy a Wiener medicinische Presse-ben (1897. 1.) Schautától megjelent cikkre, továbbá egy előadásra, melyet ő a bécsi „Geburtshilflich-gynäkologische Gesellschaft”-ban tartott és melyről a Centralblatt für Gynäkologie (1897. 2.) referált. Ezen két cikkből kétségkívül kitűnik, hogy Schauta azon általam felemlített radikális nézetet vallja, minek következtében ilyen értelemben gyakran idéztetik is.

Schauta már most oly szíves volt, engem egy hozzám intézett levélben arról az álláspontjáról felvilágosítani, melyet ő ezen kérdésben tényleg elfoglalt. Mindenekelőtt tagadja a fent idézett cikkek autenticitását. Az egyik egy klinikai előadásának nem autentikus stenogrammja, a másik (a referatumnak) nem híven adja vissza előadását. Schautának, mint azt levelében írja, az volt akkor a nézete, mely azóta sem változott, hogy csakis akkor ajánlatos az uterus eltávolítása, ha a görösövi vizsgálat a Neumann által rosszindulatú molákra charakteristikus tüneteket kideríti és hogy ez tényleg mindig a nézete volt, annak illusztrálásul azt hozza fel, hogy mindössze csak egyszer végzett ilyen műtétet és akkor is ki volt mutatva a mola malignitása.

Daczára annak, hogy nekem, mint Schauta maga bevallja, az irodalmi adatokra támaszkodva, „subjective” igazam volt, midőn a fent említett tant neki tulajdonítottam, mégis kötelességemnek tartom, közlésemet ilyen értelemben helyreigazítani, még pedig azért, hogy egy hamisan interpretált nézetnek tovaterjedését meggátoljam, a mi annál nagyobb fontosságú, minthogy az Schauta szaktekintélye mellett könnyen félrevezethetne és ezen specialis esetben felesleges és semmi által sem indokolt operatiókra esábitathatna.

T Á R C Z A.

Az orvosi rendtartásról.¹

Kétségtelen, hogy az orvosi élet bizonyos irányítást — nevezzük ezt rendtartásnak, vagy ha szélesebb körű kifejezéssel akarunk élni: etikai codexnek — feltétlenül igényel; különösen akkor, midőn a rendhez tartozók száma annyira megsaporodott, a létért való küzdelem annyira neki élesedett, a midőn a socialis forrongások az egész élet képét átváltoztatták, s az orvosok materialis és erkölcsi helyzetére is oly döntő befolyást gyakorolnak. Az orvosi hivatás gyakorlata az utolsó évtizedek alatt szinte teljesen más alakot öltött, a mely nem mindig s nem mindenütt mutat a tudományok haladásával egyenlő fejlődést. A keresletet gyakran túlléptető kínálat, sok esetben, hogy úgy mondjuk: kettős frontban kényszeríti harezolni az orvosokat, és ha — s itt nem recriminálva szólunk — szemben találjuk magunkkal még az államot is, akkor lényegesen emelkedik azoknak a száma, a kikkel hivatásunk mezején a harcot meg kell vívnunk. Az egyik harcvezető a közönségnek túlhajtott követeléseivel, az orvosi működésnek kicsinylésével, az általános orvosi érdekeknek alábecsülésével, az előítélettel, a természettudományi haladás sötétben settenkedő ellenfeleivel találkozunk; a másik harcvezető ott vannak a kartársak érdekei, vélt anyagi

¹ Az országos orvos-szövetség rendtartás tervezetének megokolása.

előnyei, az egyéni érzékenység, sokszor a veleszületett vagy ránevelt tapintat, erkölcsi érzék hiánya. Ebben a harszban gyakran esik áldozatul az orvosi reputatio, a rendi tisztesség, s mi sem természetesebb, mint hogy a nagy közönség, mely az orvosi foglalkozás értékét — sajátos ellentétben a tisztult természetbölcsémi felfogással — amúgy is hajlandó devalváltni, az egyes hibáját általánosítja, azért a rendet teszi felelőssé, s a rendről s még inkább magáról az orvosi hivatásról téves fogalmakat alkot.

A jelenség nem új, sok részben oka az a körülmény, hogy az orvosok egy nagy része a socialis jelenségekben nem látja meg egyúttal a remediumot: a tömörülés, szövetkezés feltétlen szükségét; de megnyilatkozása lényegesen általánosabb.

Az a körülmény, hogy az orvosi hivatással foglalkozók már a legrégibb időkben mintegy külön kasztot, társadalmi osztályt képeztek, szinte természetzerűleg arra vezetett, hogy e foglalkozás társadalmi, etikai formái egy specialis alakot öltöttek. Az orvosi együttműködésnek, a nagy közönséggel való hivatásszerű érintkezésnek ezek a formái csak közönséges társadalmi szükségletnek, mondjuk: etiquette-nek feleltek meg, de később mégis valóságos etikai szabályokká fejlődtek s alakultak át. Mint ilyenek tisztá képet adják a tapasztalatok szűrőjén átjutott s kifejeződött azon időbeli felfogásnak, s belőlük híven megállapíthatjuk az akkori orvos-társadalmi szokásokat. Azért mondjuk: az időbeli, mert a tiszta erkölcsi abstract tételei nem alkalmazhatók csak úgy egyszerűen, minden módosítás nélkül az efféle kérdésekben. Minden korszaknak megvan a maga sajátos bölcseleti, aesthetikai, etikai zsinórmértéke, mely a legtöbb esetben haladást képvisel az előző korbeliekhez képest, de néha visszaesést is mutat. Művészeti stb. ideálok, melyekért nemzedékek szállottak síkra, tartalom nélkül valókká válhatnak egy újabb felfogás expansiv ereje s hatása alatt, és ha valljuk is — és kell, hogy valljuk — miszerint a tiszta igazság, a tiszta erkölcs abszolút és csak egy lehet, annyi bizonyos, hogy ennek felfogása, mikénti alkalmazása az idők, nemzetek, néposztályok, társadalmi rendszerek, sőt az egyének szerint is változhatik. Nem az etika lényege esik alá változásnak, csak a kivitel formája, annak a gyakorlati életben való érvényesülési módja lesz mássá. És ha abstracte véve teljes joggal hangoztatnánk is Jaksch, a prágai német egyetem internistája, hogy előtte nem létezik orvosi etika, mert szerinte az etika egy és oszthatatlan, a mely épen úgy vonatkozik az orvosi életre, mint a társadalmi foglalkozások minden megnyilvánulására,² a való élet ismerete mégis azt tanítja, hogy az az álláspont, melyre mi is helyezkedünk, s mely az alkalmazott etika szerint a különböző foglalkozások specialis etikáját proklamálja, teljesen jogosult, s a való élet szükségleteinek inkább meg is felel. Ebben az értelemben az etika, a lényeg megőrzésével, a megfelelő foglalkozási ág politikájává válik, s így lesz az, a mi az idők régmúltjában talán csak etiquette, illemszabály volt, rendtartás, erkölcsenné. Avagy elképzelhető-e a különböző foglalkozásoknak akkora hasonlósága, egyértelműsége, a mely mellett egy-ugyanazon rendtartás érvényesülhetne?? Hiszen ha csak a magunk hivatását vesszük, vajjon találunk-e ahhoz hasonló más foglalkozást, mely annyi erkölcsi kötelezettséget, felelősséget tartalmazna, annál is inkább, mivel hivatásunk teljesítésében, a mely az emberek egészségével, gyakran életével kapcsolódik sokszor: mindenkor egyedül lelkiismeretünk a bír! Van-e egy más hivatás, a mely az azzal foglalkozót annyiszor, s olyan veszélynek tenné ki, mint épen az orvosi, pl. fertőző betegek kezelése alkalmával? Még a katonát sem számítjuk ide, mert hisz neki van bőke ideje, míg mi orvosok a napnak minden órájában, minden percében szembe nézünk a veszéllyel, mely nemcsak minket, de családunkat is ép annyira fenyeget. Sok indokot lehetne még a Jaksch-féle kijelentéssel szemben érvényesíteni, a mit hangoztattunk, csak ép arra szolgáljon, hogy akkor, a midőn orvosi rendtartásról beszélünk, az oppositionnak ezt az ellenvetését ne hagyjuk megemlíteni nélkül.

A mennyire a rendelkezésre álló adatok szerint a történelem fonalán visszafelé haladhatunk, az orvosi hivatás etikájának nyomaival már Hippokrates-nél (tehát 400 évvel Krisztus előtt) találkozunk. A középkor arabs időszakában igen nevezetes, etikai vonatkozásokban gazdag munka Isaak Judaeus „Musar harophim“-ja.³ A salernói iskola két ide vonatkozó nagy munkával szerepel, az egyik a „De adventu medici ad aegrotum, a másik a salernói tankölteménynek: De arte V. és VI-dik fejezete, a mely a nagy közönséggel való bánásmódról, azután a kuruzslással szemben való viselkedésre igazán klasszikus utasításokat ad.⁴ Bő anyagot szolgáltat az orvosi politikához a középkor híres chirurga Saliceto, azután Mondeville, a ki pl. az orvosi tanácskozási módokatairól oly terjedelmes fejtegetéseket nyújt, hogy Nicaise azokból

egy egész essay-t alkothatott. (Les consultations entre les médecins au XIV. siècle.)

Nevezetes munka kérdésünkre vonatkozólag a XVIII. században a Hoffmann-féle Medicus politicus.⁵ Ez szinte határkönek mondható, habár a tanácskozásokról nincs benne szó; ezt a részt sokkal később dolgozta fel (1797-ben) Johannes Stieglitz. A lefolyt XIX. század, különösen a német irodalomban, elég bő aratást nyújt orvos-deontologiai kérdésekben: Haeser, Marx, Volz, Ziemssen Hugó és Oswald, Paulsen, Mendelsohn, Vierordt, Dessoir, Gersuny, Wolff, Pagel Gyula, Liebermeister neveivel találkozunk. Liebermeister 1896-ban 25 éves tanári jubileuma alkalmával tartott beszédjében hat thesisben állította fel az orvos kötelességeit, thesisek, melyek megérdemlik, hogy az orvosi közudatba menjenek át.

Az olasz irodalomból Ughetti munkáját említjük fel.

Szinte korszakos munka az angol Code of Medical Ethics, melyet 1878-ban Hastings, Thomas Watson, Robert Christison közreműködésével Jukes de Styrup publicált. A munka alapját a Percival által 1807-ben kidolgozott és 1847-ben az American Medical Association által elfogadott Code of Ethics képezi. Ezt valósággal forrásmunkának kell tartanunk.

A mi irodalmunk s orvosi közéletünk orvos-deontologiai és hodegetikai kérdésekben csak azóta mutat némi fellendülést, a mióta az O. O. Sz. megalakulásával az orvosrendi s orvosethikai feladatok megoldása napirendre került. Még az úgynevezett kamarai javaslatok is csak nagy általánosságban szólottak ezen kérdésekről, orvosi méltóságot, tisztességet emlegettek, gondoskodtak fegyelmi forumokról is; de annak részleteibe egyáltalában bele nem bocsátkoztak. E tekintetben is a németek nyomdokain haladtak, a kiknek már volt kamarájuk, itt-ott fegyelmi jogkörük, de — szinte jellemzően haesitáló philosophiai vérmérsékletükre — codificált rendtartásuk épen nem, sőt újabban pl. Poroszországban ú. n. Ehrengericht-et szervezett az államhatalom az egyes kamarák mellé, de orvosi rendtartásuk a porosz kamaráknak még ma sincs, bizonyára úgy gondolva, hogy a bíróságok egyes ítéletei fogják majd megadni az alapot, melyen azután a rendtartást felépíthetik. Csupán a hamburgi és szászországi rendtartások készültek el. Nálunk a brassói orvosegyesület rendtartása, mely 1896-ban készült, megelőzi valamennyit. Az O. O. Sz. megalakulása után sorrend szerint következnek 1898-ban: az Esztergomi, Budapesti, Fehérmegyei, Bereg-Ugocsamegyei, Zemplénmegyei, Bács-Bodrogyvármegyei, Pozsonyvármegyei, Bars vármegyei Fiókszövetségek rendtartásai, majd 1899-en az Ungvármegyei, Nagyvárad városi, a Győr városi és megyei, Háromszékmegyei, Hódmező-Vásárhelyi és a Trencsénvármegyei Fiókszövetségek.⁴

Mindezek nyújtják az anyagot, melyből az orvosi rendtartást alkotni lehet; az erkölcsi codex csak paraphrasisa, commentárja lehet a rendtartásban lefektetett elveknek. A rendtartásnak fel kellene ölelnie mindazon eshetőségeket, melyek az orvosi hivatás kifejtésében orvosnak orvostársával, a nagy közönséggel való viszonyában esetről esetre felmerülhetnek. Ez szinte lehetetlenség. Mindig maradnak fenn olyan esetek, melyeket előre látni, s így ezeknek praeveniálni nem lehet. Az élet gyakran a legtermékenyebb phantasiánál is gazdagabb. Egy kimerítő, az élet minden esélyeit circumspectáló rendtartás ennél fogva el sem képzelhető. Csak nagy vonásokban, az általános és alkalmazott etika szempontjai szerint alkotott rendtartás megállapításáról lehet szó, melyet majd kibővíti az élet, részletez a gyakorlat.

Igy fogták fel a helyzetet fiókszövetségeink is, s ebben a meggyőződésben él a javaslattevő bizottság, a melynek azonfelül még az is a véleménye, hogy az általános irányelvek megállapítása lehető már most, a nélkül, hogy minden egyes tétel rendbírági döntvény eredménye legyen.

Az orvosi rendtartásnak általánosságban ki kell terjeszkednie mindazon vonatkozásokra, melyek az orvosi hivatás gyakorlása közben e hivatás lényegét kidomborítják, az orvost orvostársával, a nagy közönséggel szemben irányítják. Szinte alig lehetne jobban definiálni az orvosi rendtartás fogalmát, mint a Ziemssen Oswald¹ paraphrasisával s azt mondani, hogy az orvosi rendtartás az orvosi szokásokról, erkölcsokről tárgyal, a minőknek ezeknek lenniük kell, hogy bennük: s általuk megnyilatkozhassék a gyakorlati értelem (a Kant-féle kategorikus imperativum), az érzés szava (Schoppenhauer) és a gyakorlati élet (Herbart).

Nálunk, a hol az orvosi gyakorlatot az 1876. évi XIV. t.-cz. és ennek nyomán később kiadott kormányrendeletek szabályozzák, a rendtartás keretében az államhatalommal szemben való magunktartása alig képezheti magyarázat tárgyát. Annál fontosabb az orvos kötelessége hivatásával, a beteggel, kartársaival szemben, s ezek a viszonylatok azok, melyeket bizonyos általános szempontok szerint szabályozni kell.

Berkovics Miklós dr.

¹ Wiesbadenben tartott congressus, 1898.

² Kaufmann Dávid dr. fordításában. Ez a propaedeutika az orvosnak etikai kötelességeivel, azután az orvosnak a közönséggel szemben való magatartásával foglalkozik. Igen nevezetes a 29-dik tétel: „Gieb deinen Mund nicht dazu her, zu verdammen, wenn etwas einem Arzte zugestossen, denn über Jeden kommt seine Stunde. Dich wollen deine Thaten preisen, nicht sollst du in Anderer Schande deine Ehre finden.“ Vagy a 38-dik tétel: „Wenn der Kranke deinen Weisungen nicht Folge leistet, oder seine Diener und Hausleute nicht rasch deinen Anordnungen nachkommen, oder dir nicht die gebührende Ehre erweisen, so gieb die Behandlung auf.“

³ Non didici gratis nec musa sagax Hippocratis Aegris in stratis serviet absque datis stb.

⁴ A Hoffmann-féle Medicus politicus, a többi közt, előírja, hogy a beteghez hívott orvos, ha már más orvos is van jelen, ne rendeljen a másik beleegyezése nélkül, a diagnosit illetőleg kérje ki előbb privatim a másiknak véleményét. A honoráriumra vonatkozólag itt találok először a rőpszóvá lett mondást: accipe cum dolet, post morbum medicus olet! Nevezetes ez a szabály is: Sostrum medicus accipiat nec cum pudore, nec cum tristitia!

⁵ A Pozsonyi és Besztercei Fiókszövetségek rendtartásai munkálatunk leírásakor érkeztek kezeinkhez.

¹ Die Ethik des Arztes als medicinischer Lehrgegenstand. 1899.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

Az emlők sebészete az utolsó években.

Közlő: Ostermayer Miklós dr. Budapesten.

Az emlők sebészi megbetegedései közt a legnagyobb gyakorlati fontossággal kétségkívül a carcinoma bír, miért is a legújabb irodalmat áttekintő referatumnak ezzel kezdjük.

Tagadhatatlan tény az, hogy *Heidenhain*-nak a greifswald-i sebészi kórodából származó (1889) bonctani vizsgálata, melyek kimutatták, hogy a rákcsirák a nyirkutak hosszában a fascián át a nagy mellizomba hatolnak és a későbbi recidíváknak alapul szolgálnak, korszakalkotó változást idéztek elő az emlőrák sebészi kezelésében, a mennyiben radicalisabb kiirtási módszerekhez vezettek, nem elégedvén meg egyedül a dagnak a mirigyvel való együttes teljes kiirtásával és az ezzel kapcsolatos hónalji táj totalis kitakarításával, hanem magukba foglalván egyszersmind az elülső (mm. pectoralis major et minor) és az oldalsó mellkasizmoknak (mm. serratus major és latissimus dorsi) részben teljes, részben részleges kiirtását és a supra- és infraclavicularis gödrök kitisztását.

Ugyan már *Volkman* ajánlotta és megfelelő esetekben végre is hajtotta a nagy mellizom gyakran rákosan megbetegedett bonyójának eltávolítását; de azon határozott fordulat, mely az izmok kiméletlen kiirtását magában foglaló radicalismus felé vezetett, csupán a *Heidenhain*-féle vizsgálatoknak köszönhető.

Míg azonban *Heidenhain* azt állította, hogy a fascia pectoralis nyirkedényrendszere a hozzátartozó izomtól független és ettől elzárt és az utóbbi csak a későbbi stadiumokban lesz fertőzve az által, hogy a rákos szövetrészek folytonos növekvés által beleje hatolnak s így elegendő, ha a nagy mellizomnak felső rétegét eltávolítjuk, addig *Rotter* (*Freie Vereinig. d. Chirurgen Berlins*, 95. Sitzungsbericht vom 13. Juni 1898, I. Centralblatt f. Chir. 1898 39. sz. és *Zur Topographie des Mammacarcinoms*, v. *Langenbach's Arch. f. Chir.* VIII. kötet, 2. füzet) kórbonctani kutatásai kimutatták, hogy a mennyiben mindazon véredényekkel, melyek végelágazásaikkal a nagy mellizomban, a retro-mammaer kötszövetben és az emlőmirigyállományban találhatók (art. perforantes, art. mammaria interna, art. thorac. longa) a nyirkutak is együttesen haladnak, a rákcsirák ezek mentén a retro-mammaer kötszöveten át a nagy mellizomba s még ezentúl is előrehatolnak, úgy hogy az esetek egy harmadában úgy az emlőmirigy, mint a pectoralis major hátulsó oldalán biztosan rákos csirát találunk, de még gyakrabban utakat, melyeken a fertőzés történik; ezt az utat ugyanis az edények mentén elhelyezett nyirkmirigyecskék mutatják. Kiváló figyelmet érdemel nemkülönben azon körülmény, hogy az összes esetek felében a m. pectoralis major mögött nyirkmirigyek vannak jelen, mely körülmény eddig ismeretlen, azaz ennek fontossága kétségkívül méltányolva nem volt. 33 *Rotter* által kikészített emlőrák-esetben 16-szor találtak mirigymetastasisok a nagy mellizom hátulsó oldalán, még pedig nem is az előrehaladott, hanem már a korai stadiumokban, midőn a primaer daganat az izomzattal még nem volt összenőve.

Mindezek alapján *Rotter* a nagy mellizom felső rétegének eltávolítását elégtelennek tartja és követeli, hogy kedvező eredmények elérése céljából okvetlenül az egész izmot kiirtsuk. Ha pedig a hónalji mirigypamat a kis mellizommal össze van növe, akkor ez is eltávolíttatik, nemkülönben az emlőterületen belül eső része a m. serratusnak és obliquusnak. A bőrből kiinduló kiújulás veszélyét azzal kerüli el, hogy az emlőt fedő bőrt rendszeren egész kiterjedésben, csak kivételesen majdnem egészen eltávolítja. A supraclavicularis gödör kitakarítását egy a kulcsesont felett, ezzel párhuzamos metszésből kiindulólág végzi; esetleg a kulcsesont közepét érő sagittális bőrmetszést használ egymagában vagy a kulcsesont temporaer át-fürészelésével.

Ezen műtét veszélyei nem nagyobbak, mint az előbbieké. A kar működési képessége a nagy mellizom részleges eltávolítása által majdnem semmit, a teljes kiirtás által pedig igen keveset szenved. *Rotter* ezen módszert 30 esetben (Günstigere Dauererfolge durch ein verbessertes Operationsverfahren der Mammacarcinome. *Berliner klin. Wochenschrift* 1896, 4—5. sz.) alkalmazta és mindezekben 92% százalékos helyi kiújulás nélkül talált; azonban megjegyzendő, hogy ezek közül 6 beteg (20%) belső áttételek és a másik emlőben vagy a supraclavicularis gödörben fellépett kiújulás következtében meghalt. A kimutatás 1890—1894-ig terjed.

Rotter módszerét később *Halstead*, *Watson*, *Cheyne*,¹ *Beck* C.,² *W. Meyer*,³ *Lennander*,⁴ *A. v. Bergmann*,⁵ *A. T. Butlin*⁶ és mások — egyesek jelentéktelen módosítással — követték és a tartós gyógyulások azóta 10%-kal javultak.

Hogy mily haladást jelent ezen radicalis műteti eljárás a gyógyulási végeredményre nézve, legjobban bizonyítja a *Helferich* kórodájáról *K. Joerss*-től eredő munkában (*Über die heutige Prognose der Exstirpation mammae carcinomatosae*, *Deutsche Zeitschrift f. Chir.* XLIV. kötet)

közzétett összehasonlító kimutatás, melyben *Rotter*, *Halstead*, *Cheyne* és *Helferich*-nek az új módszer szerint műtött 76 esete 42-10% gyökeres (3 évig és annál hosszabb ideig) gyógyulással és 27-60% helyi kiújulás nélküli elhalálozással szemben áll *Hildebrand* (*König*), *Eichel* (*von Bergmann*) és *Helferich*-nek (1890 előtt műtött esetei) összesen 193 esetével, 18-80% radicalis gyógyulással és 7-40% helyi kiújulás nélküli halálozással.

A rákos emlőnek kiterjedt amputatioja után hátramaradt terjedelmes bőrhiány pótlásáról autoplastika útján *Assaky* (*Über breite Amputation mit nachfolgender Autoplastik bei Brustkrebs*, *Münchener med. Wochenschrift* 1899. 10. sz.) és *Franke* (*Deutsche Zeitschrift f. Chir.* XLIX. köt.) számol be. Mindkettőnek az eljárása megegyezik *Legneu* (*Congrès français de chirurgie, douzième session tenue à Paris du 17 au 22 octobre 1898. Revue de chirurgie* 1898, 12. kiegészítő füzet) és *H. Graefe* (*Upsala Läkareforen Förhandl. N. F. III. kötet. Ref. Centralblatt für Chirurgie* 1898, 40. sz.) módszerével, mely abban áll, hogy a megfelelő metszések által kellőleg mozgósított egészséges emlőt felhasználják a nagykiterjedésű bőrhiány fedésére. Míg azonban *Legneu*, *Graefe* és *Assaky* a bőrlebensyt az emlővel együtt vitték át a másik oldalra, addig *Franke* a mirigyet kifejtette, a bimbót lemetszette és a bőrlebensyt áthelyezve, a bimbó eltávolítása által keletkezett centralis lyukat alagsóvezésre használta. *Tansini* (*Riforma medica* 1896, 1. sz. Ref. Centralbl. f. Chir. 1896, 35. sz.) azt ajánlja, hogy az emlő kiirtása által támadt nagy hiányt a hátból vett nyeles lebennyel pótoljuk; vajjon végre is hajtattott ezen módszer, arról eddig még nem értesültem.

Mivel az autoplastikáról van szó, nem hagyhatom szó nélkül mint curiositást *Czerny*-nek egy esetét, hol, miután a bal emlőmirigy a bőr meghagyásával fibroadenoma miatt eltávolított, a symmetria megtartása céljából a hiányzó emlőmirigy helyébe ugyanazon betegnek lumbalis táján lévő ugyanegy ülésben kifejtett lipomája áthelyeztetett és bevarratott teljesen pozitív eredménnyel. (*Bericht über die Verh. d. deutsch. Ges. f. Chirurgie*, XXIV. Congress 1895.)

Az emlőrák gyógyításáról *Emmerich-Scholl*-féle erysipelas-serummal *Schüller* emlékszik meg (*Deutsche med. Wochenschrift* 1895, 37. sz.) és az eddigi kedvezőtlen eredmények után legnagyobb bámulatra egy gyógyult esetről számol be. 47 éves nőnél a jobb emlőben 5 év óta fennálló ökölnagyságú, kemény, a pectoralissal összenőtt daganat volt jelen. 1½ hét alatt 28 cm. orbáncz-serum fecskendeztetik be, mire orbánczos pir, hőemelkedés és végre a 10-dik napon genyedés (hullámzás) következett. A bemetszésnél ¼ liternyi geny ürült ki. Nyolcz napi genyedés után a daganat galambtojásnagyságú, kemény, nem fájdalmas tömeggé zsugorodott össze, mely szemlátomást kisebbedett, puhult, míg végre teljesen eltiint. Egyidejűleg a betegnek testsúlya és táplálkozási állapota is javult, a mennyiben 14 fonttal gyarapodott. *Schüller* szerint tehát legalább időleges gyógyulásról szólhatunk.

Feltűnő azonban, hogy a kórtörténetben nincs szó a hónalji mirigyeknek a kezelés előtti és utáni állapotáról, nemkülönben arról, hogy a kórismét gócsövileg megállapították-e, mert különben a leírás szerint sarcoma nincs teljesen kizárva (*I. Centralbl. f. Chir.* 1896, 2. sz. *Wagner*).

Boyd H. (*Brit. med. Journal* 1899. febr.) az emlőrák gyógyítása céljából 7 esetben petefészekkiirtást végzett és két esetben kétségtelenül kedvező hatást észlelt, míg két esetben szerinte csak valószínűleg kedvező az eredmény, a többi 3 esetben pedig hatás nem mutatkozott. Kedvező hatás 15 részben az irodalomból összegyűjtött esetben csupán 4-szer volt megállapítható. *Boyd* ezek alapján a petefészekkiirtást mint palliatív műtétet nem tartja értéktelennek.

Az emlőrák két különleges, ritkább alakjáról értekeznek két szerző, t. i. *Lange* (*Beiträge z. klin. Chir.* XVI. köt. I. f.) a kocsányos rákról és *Halstead* (*Annals of surgery* 1887. november) az adenocarcinoma bizonyos alakjáról. Az első hosszadalmas lefolyása, a hónalji mirigyek késő megbetegedése, nemkülönben a kiújulás késő (3—10 év után) jelentkezése által jellegzetes. A második válfaj *Halstead* szerint kórodailag különböző nagyságú, kocsányos daganatokat képez, melyek kórsvettnilag az által tűnnek ki, hogy a tisztán hámelemek, melyek a dag főtömegét képezik, a daganat kötszöveti strómájában ugyan helyenként atypikus burjánzásokat alkotnak, rendszeren azonban különserüti tömlők és kötegek alakjában vannak csoportosítva, illetőleg tisztán oly mirigy-typust utánoznak, mint a minővel az adenomák rendelkeznek. Rosszindulatukat illetőleg a carcinomákkal egy rangba helyezhetők és ép úgy is kezelendők.

Ha a ritkábban előforduló emlődaganatok legújabb casuistikáját átkutatjuk, következő eseteket tartjuk figyelemre méltóknak:

Arnold (*Inaug. Dissert. Zürich. Klin. Virchow Arch.-ból*, CXLVIII. kötet) porcot és csontot tartalmazó alképlet (osteochondrosarcoma) esetét közli, melynek alapját orsósejtű sarcoma képezte, melybe osteoblastoktól környezett csontgerendázat volt elhelyezve. Egyébült sarcomatosus szövetbe átmenő porcszövetek voltak jelen. A porcz és csontképződést szerző nem az emlő kötszövetének részleges csontos és porcos metaplasziájára vezeti vissza, hanem a szövetsíráknak az embryonalis időszakban történt elhelyezkedésére.

A női csecsbimbónak igen ritka daganatai közül *Ehrhardt* O. (*Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie* L. köt.) két esetet észlelt a königsbergi sebészi kórodán. Az első esetben az egész mamillának valódi elephantiastikus hypertrophiáját nagy, hosszú kocsányú papilloma alakjában, a másodikban egy a bimbóban székelő borsónagyságú puha daganatot, melylyel a hónalji mirigyek egyikének babnyi megnagyobodása párosulva volt. Mindkét esetben az alképlet eltávolított, az utóbbiban a hónaljgödör teljes kitakarításával. A kórsvettni vizsgálat a második esetben elsődleges puha alveolaris carcinomát állapított meg.

¹ Annals of surgery 1894, november.² Clinical recorder 1896, october.³ New-York medical record 1894, deczember.⁴ Dalgren Hygiea LXI. köt., 1. füzet.⁵ St.-Petersburger med. Wochenschrift 1898, 45. sz.⁶ British med. Journal 1898, deczember.

Az emlő tömlős daganatairól szóló irodalom elég terjedelmes és ezeknek többféle alakjával foglalkozik *Sasse* (von Langenbeck-féle Arch. f. Chir. LIV. köt.) munkája a legterjedelmesebb s legbehatóbb. *v. Bergmann* kórodájának dús anyaga képezi az alapot, melyen szerző a tömlős daganatok keletkezésével és szövettanával foglalkozó vizsgálódásait végezte. Ezeknek eredményeit összefoglalva, *Sasse* a keletkezés módja szerint az emlőcystáknak kétféle alakját, nemét különbözteti meg: először oly tömlőket, melyek üdült, interstitialis alapon a kivetítő utak tágulása folytán jönnek létre, mastitis chron. cystica *König*, másodszor olyanokat, melyek tisztán hámburjánzás és az acinusok tömlős tágulása által keletkeznek nagyobb számban, polycystoma mammae. *Echinococcus* tömlőről (*Lannelongue et Vitrac*, Gazette hebdomad. de Bordeaux 1898. 1. sz.), szappanos tömlőkről az emlőben (*Freund* Virchow's Arch. CLVI. köt.), galactocoele-ről (*Nordmann* Virchow's Arch. CXLVII. köt.) is jelentek meg kisebb-nagyobb közlemények.

Az újképletekről szóló jelentésemet *Klimenko* (Annalen d. russischen Chirurgie 1899. 3. füzet) egy ritka esetével zárom be, melyben egy 24 éves katonának mindkét emlője fibroadenoma — egy tyúktójsa és egy diónagyságú — miatt kiirtatott.

Végezetül az emlőt érő chronikus lobos fertőző folyamatokról, a tuberculosissról és actinomycosisról akarok megemlékezni. Az első mint elsődleges, de gyakrabban mint a szomszédsszervekről — sternum, bordák, pleura — tovavezetett folyamat fordul elő. *Gaudier* és *Pénaire* az elsődleges tuberculosissnak egy, a másodlagosnak pedig két esetét (*Revue de Chir.* 1895. 9. sz.) közli, míg *Lottheissen* (W. klin. Wochenschrift 1897. 34. sz.) az eddig az irodalomban közölt 45 elsődleges emlőtuberculosis esetéhez a 46-dikat, mint műtét által gyógyultat csatolja. Az összes esetekben a tuberculosis kétségtelen volta részben gócsövi, részben culturalis vagy oltási úton kimutatott.

Míg a tüdőtől a mellkas falán át tovavezetett emlőactinomycosis esetek egész sorozata, nemkülönben a mirigyállományban előforduló egyes áttéti gócs néhány esete ismeretes, addig az irodalomban a localizált primaer emlőactinomycosis mindeztideig ismeretlen maradt. *Müller* (Münchener med. Wochenschrift 1894. 5. sz.) közöl két esetet, melyben az emlő primaer actinomycotikus megbetegedésének lehetősége igen valószínű. Mindkét esetben a gombákat növényi részek vitték be a bántalmazott szervbe (trauma). Mindkét esetben az emlő actinomycotikus megbetegedésén kívül más szerv ilyenmő bántalmazása nem volt kimutatható, nemkülönben mindkét esetben a kóros szövetszövetek eltávolítása által teljes gyógyulás jött létre, mi minden körülmények közt azt bizonyítja, hogy primaer localizált actinomycotikus emlőbántalom forogott fenn.

Könyvismertetés.

M. Hajek: Pathologie und Therapie der entzündlichen Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase. 1899.

Kiválóan jeles munkában tárta elénk H. az orr melléküregeinek kór- és gyógytanára vonatkozó ismereteket, saját gazdag tapasztalataival. Határozottan szolgálatot tett vele úgy a szakmával foglalkozóknak, valamint azoknak is, kik a melléküregek megbetegedéseiről maguknak alapos fogalmat szerezni akarnak. Szép munkája 328 oldalra terjed és 89 nagyon tanulságos ábrával van ellátva. Az általános részben a kóroktan, a tünettan és a kórisme fejezeteit tárgyalja általánosságban. Nagyon is kimerítően foglalkozik a részletes részben az egyes melléküregekkel. Az állsonti, a homlok, a rosta és az ikéből megbetegedéseinek tárgyalásánál külön-külön előrebocsátja az öblök boncztanát és ezen bonyolult viszonyokat felette tanulságos és szép ábrákkal teszi könnyebben érthetővé. Részletesen tárgyalja minden egyes üreg megbetegedésének különböző alakját, külön kimerítő fejezetekben a kóroktant, a kórboncztant, a tünettant, a kórismét és a gyógyeljárásokat. A többnyire orrsebészeti eljárások leírásánál bemutatja ábrákban a műszereket, melyeknek számát saját ügyesen kigondolt és nagyon gyakorlati műszereivel szaporította.

Ez alkalommal szándékosan nem bocsátkozunk a részletek felsorolásába és bírálatába, mert e kiválóan jeles munka jórészt a szakembert érdekli és azokat, kik a szakmával direkt foglalkozni akarnak. Midőn orvosi világunk figyelmét külön felhívjuk e kitiű könyvre, azt kettős örömmel és meglelégedéssel tehetjük, mert szerzője hazánkfia és szakmánknak egyik ismert tekintélye.

Ónodi dr.

Lapszemle.

Élet- és kórvegytan.

Új erjesztő saccharometert nem hígított vizelet számára konstruált *Lohnstein*. A készülék alakja nagyjában megegyezik az ismert és szélteben elterjedt *Einhorn*-féle saccharometerével, t. i. U-alakú cső, melynek hosszabb szára nyitott, rövidebb szára gömbalakú és dugóval elzárható. Használat előtt a készülékhez mellékelt higánymennyiség öntetik az U-alakú csőbe, a mi által a gömbben a higany felszine felett 1:1 cm³ térfogatú rész marad vissza. Ide egy ugyancsak hozzá mellékelt pontos Pravaz-fecskendővel 0.5 cm³ vizeletet t vizünk be, melyhez 0.1 cm³ élesztő-oldatot adunk. Most a készüléknek rövid szárát bedugaszoljuk úgy, hogy a készülék nyakán és a dugón elhelyezett líkak egymáshoz érjenek, a miáltal a felesleges levegő eltávozik, ezután pedig a dugó elfordításával a készülék elzáratik. A dugóra biztonság kedvéért még súlyok is rakhatók. Most a készüléket bizonyos hőfok mellett tartjuk,

a mire (czukor jelenléte esetén) a fejlődő szénsav a gömbben levő higany egy részét jobban vagy kevésbé kiszorítja, minek következtében a higany a másik szárnban emelkedik és ezen szárral összefüggő skálán az erjedés befejeztével a czukortartalom százalékokban kifejezve a higany emelkedéséből directe leolvasható. A skála 20° és 35° C. hőmérsékekre van beállítva; ha más hőfok mellett történt az erjesztés, úgy egyszerű átszámítással kapható meg a czukortartalom. Előnyei a készülékeknek: 1. a fejlődött összes szénsavmennyiség a készülékben marad; 2. higitatlan vizelettel történik a meghatározás, tehát az esetleges leolvadási hiba nem sokszorozódik a higitás fokával. Számos ismert összetételű czukor-oldattal történt utánvizsgálat, valamint diabeteses vizeletek czukortartalmának egyéb módszerekkel történt ellenőrző meghatározása alapján a készüléket 1/10%-ig pontosnak találta, készüléke tehát e tekintetben akár a polarimeteres, akár a titráló czukor-meghatározással egyenértékű eredményeket ad. (Münch. med. Woch. 1899. 50. sz.)

Hönig Izsó dr.

Újabb vizsgálatok a pankreasnedv glykolytikus képességét illetőleg. *Umber* ellenőrző vizsgálatok tárgyává tette *Blumenthal* azon kísérleteit, a melyek a *Buchner* módszerével nyert pankreasnedv czukorbontó képességét igyekeznek bizonyítani, s azt találta, hogy az asepsis szigorú megtartásával a pankreasnedv a czukrot egyáltalán nem képes elbontani; ha tehát mégis volt glykolyticus, ez csakis bakterogen, nem pedig ferment befolyásnak eredménye. Ezek szerint a pankreas diabetes a glykolytikus ferment gyengülésével, avagy annak teljes hiányával megmagyarázni nem lehet. (Zeitschrift f. klin. Medicin. 39. kötet, 1—2. füzet.)

Doctor Károly dr.

Psoriasis és glycosuria. Senatornak azon észlelete, mely szerint egy psoriasisban szenvedő 32 éves betegnél diabetes mellitus látott fellépni, arra indította *Nagelschmidt*et, hogy a kettő közt esetleg fenálló összefüggést vizsgálat tárgyává tegye. Psoriasisban szenvedő 25 beteg közül 8-nál talált dispositív alimentaris glycosuriát. A kérdés tüzetesebb tanulmányra érdemes. (Berliner klin. Wochenschr. 1900. 2. sz.)

Doctor Károly dr.

Közegészségtan.

Fluorescein segítségével mutatta ki egy esetben *Trillat*, hogy egy vízvezetékhez, a melynek csupán megszárt Szajna vizet kellett volna szolgáltatnia, talajviz keveredett. Ebből kifolyólag kísérleteket végzett annak megismerésére, hogy a különböző festő anyagok minő higitásban vehetők észre, továbbá, hogy a víznek és az átszűrő talajnak vegyi összetétele minő befolyással van a festő anyagnak a vízben való felismerhetőségére. Vizsgálataiból kitűnik, hogy a fluorescein még 1:50.000.000 higitásban is igen jól felismerhető; csak ennél erősebb concentratióban, de legalább is 1:100.000 arányú higitásban még észrevehető: a malachitöld, a methylenkék, a methylviolet, a közömbös fuchsin, a safranin, a kongovörös. A vízben foglalt mészsók gyöngítik az összes festő anyagok színt, kivéve a safranint és a methylenkéket. A meszes talaj mindeniket elszínteleníti a fluorescein kivételével; az agyagos és homokos föld valamennyit áterszti, de meggyöngítve. A tőzeg mindenikét elszínteleníti, még a fluoresceint is. Hasonló hatása van a humusnak, a kerti földnek, a szemétnék stb. úgy, hogy ezeknél csupán a fluorescein és a savanyú fuchsin használható, a melynek színe eczetsavra előtűnik akkor is, ha különben a víz egészen színtelennek látszik. A fluorescein még nyomokban is igen jól észrevehető, ha a vizet 120 cm. magas, 2 cm. átmérőjű, alul fekete lappal üvegesőben nézzük. Ha a víznek 2000 köbméterben 1 gr. fluorescein foglaltatik, tehát 1:200.000.000 higitás mellett is a vizoszlop ebben a „fluoroskop”-ban világos zöldszíni, míg a tiszta víz sötétkéknek látszik. (Hyg. Rundschau 1900.)

Filep dr.

Hús és halak conserválása konyhasóval. *Petterson* azt tapasztalta, hogy 25° C. mellett — a mi a nyári napok hőmérsékének felel meg — 20% konyhasó tartalom szükséges, hogy a mikrobák tenyésztése biztosan meg legyen gátolva. A coccusok és a bacillusok között azonban az a különbség észlelhető, hogy utóbbiak 10—12% sótartalom mellett már nem élnek meg a bac. subtilis kivételével. A halak conserválására nagyobb sótartalom szükséges, mint a húsokéra. Azok a mikrobák, a melyek erős sótartalmú bouillonban képesek tenyészni, nem bírnak megélni azon a húsban, a mely ugyanannyi % konyhasót tartalmaz. A staphylococcus pyogenes aureus pl. 15% konyhasó tartalmú bouillonban jól nő, de ugyanakkora sótartalmú húson elpusztul. (Centralblatt f. Bakteriologie 1900. 27. kötet 2. sz.)

Filep dr.

Páris egészségi állapota 1897-ben. A Seine departement legfelsőbb egészségügyi hatóságának 1897-ről szóló jelentése szerint Párisban a fertőző betegségek általában véve apadást mutatnak, csupán a kanyaróban való megbetegedés vált gyakrabban észlelhetővé, sőt egyik arrondissement-ban 93. halálesetet okozott. A diphtheriában való elhalálozás ellenben örvendetes esőkkenést mutat: egyik arrondissementban 1897-ben csupán 7 halál-eset volt, míg 1892-ben ugyanott 76 és 1893-ban 50 haláleset történt diphtheria miatt. Hasonló a többi arrondissement-ok állapota is. A kedvező eredményt a serumkezelésnek és a lakások alapos fertőtlenítésének tulajdonítják. Megdöbbentő azonban az a körülmény, hogy az 1897. évi összes haláleseteknek 40 százaléka a gümőkór rovására esik. (Centralbl. f. Bakteriologie 1900. 27. kötet 2. sz.)

Filep dr.

Belgyógyászat.

A methylenkéknek a veséken keresztül való kiválasztásáról ír *Müller*. Egészséges embereken végzett vizsgálatok kiderítették, hogy

0.1 gm. methylenkék éhgyomorral bevéve már 15–25 perc múlva kiválasztásra kerül és pedig részint festény alakjában, részint mint redukált methylenkék, mely csak ecetsavval főzés által válik láthatóvá. A mennyileges meghatározást szerző colorimetrikus úton végezte. A kiválasztás maximuma $1\frac{1}{2}$ – $2\frac{1}{2}$ óra múlva történik, az összes kiválasztás 3–4 nap alatt van befejezve. A bevitt methylenkéknek körülbelül 70%-a kerül a vizeletbe. Nephritis három esetében kitűnt, hogy az idült parenchymás gyuladás a methylenkék kiválasztását fokozza, az idült zsugorvise azonban késlelteti. (Deutsches Archiv f. klin. Medicin, 63. kötet, 130. l.)

Benedict dr.

Az érzéstelenítő szerek befolyása a vese átjárhatóságára. Galeazzi és Grillo Achard és Castaigne methylenkék-módszerével dolgoztak és azt találták, hogy az érzéstelenítő szerek a vese átjárhatóságát csökkentik és pedig a chloroform sokkal nagyobb mértékben, mint az aether. Ez által a chloroform bizonyos intoxiciákat és fertőzéseket, melyekkel a szervezet épségének mellett könnyebben el tudna banni, súlyosbítani képes. (Il policlinico, VI. kötet, C. 404. lap.)

Benedict dr.

Asynergie cérebelleuse néven Babinski két észlelt eset kapcsán olyan mozgászavart ír le, mely kisagyvelői eredetű és a mozgás-associatio megzavarásában áll. A mozgás sajátos elváltozásában mint eddig ismeretlen a következőket emeljük ki. A midőn a beteg járni próbál, a test felső része nem követi a láb mozgását előfelé, a mikor pedig a beteg hátra hajlik, alsó végtagjai nem hajlanak meg kompenzáló módon és így a beteg elesik. Ha a beteg hanyattfekvő helyzetből felülni iparkodik keze segítségével nélkül, alsó végtagjai felemelkednek (pl. 50 cm.-nyire), de a felülés nem sikerül, minthogy alsó végtagjait rögzíteni nem tudja és így a m. psoas nem a medencét húzza a csombok felé, hanem a csombokat a medence felé. Ezen utóbbi körülményt egy régebbi közleményben mint az organos hemiplegiára jellemzőt a bémult oldalon leírta. A kérdések esetében azonban az izmok ereje teljes és így úgy ezen tünet, mint az előbbi kettő is, a törzs és alsó végtag-mozgás együttműködésének megzavarásában leli magyarázatát. Ha a beteget felszólítjuk, hogy ülő helyzetben lábát kb. 60 cm. magasra emelje, előbb csombját hajlítja, azután alszárt bizonyos hirtelenséggel emeli fel, míg egészségesen ezen mozgások egyszerre mennek végbe; ezen körülményt a végtagsegmentumok mozgásassociatiojának hiányából magyarázza. Ennek kapcsán felveti a kérdést, hogy az intentionált remegés a kisagyvelő megbetegedésében nem az antagonista izmok asynergiájának következménye-e, a titubatio is nem associatiohiány-e? E képhez a kisagyvelő és nyúltvelő megbetegedésének ismert tünetei járulnak. (Revue neurologique 1899. 22. sz. 806. l.)

—ts.

A tüdővész befolyását az életbiztosításra teszi Croner tanulmány tárgyává. Statistikaileg bebizonyítja, hogy az életbiztosító társulatoknak legnagyobb ellensége a tüdővész. A porosz királyi biztosító-társulat 29 évi halálozási statisztikájában 27%-os esik a tuberculosusra, míg ellenben carcinomára és vitium cordisra csak 10–11%. Ezért oly fontos életbiztosítás szempontjából útbaigazító támpontokat nyerni arra nézve, hogy valamely biztosítandó egyén tuberculosos infectio áldozatává eshet-e. E kérdés megoldása céljából a berlini „Victoria” biztosító-társulat 1862–1898. évek között előfordult valamennyi tuberculosos esetét és egynehányat a „porosz életbiztosító-társulat”-éből feldolgozott. 612 esetet tudott e társulatok bő anyagából összeszedni, és ezeket azután különböző szempontokból áttekinthető táblázatokba csoportosította, hogy külön a hivatásra, a testalkatra, az öröklékenységre stb.-re nézve fontos következtetéseket vonjon le. Összehasonlítások lehetővé tette végett a „Victoria” egyéb okból elhalt 252 esetét hasonló csoportokba foglalta. A foglalkozásra nézve arra az eredményre jutott, hogy szobrászok, kőfaragók, levélhordók, továbbá szabók, nyergesek és szövők a legnagyobb contingensét szolgáltatják a tüdővész halandóságnak, utánuk következnek kovácsok, lakatosok, ércsmunkások, pékek, asztalosok. Igen kedvezők a halálozási százalékszámok az orvosokra és tanítókra, a kikkre nézve különben igen jelentékeny tüdővészhalálozást szöktak volt eddig felvenni. Munkájának főrészeben a családi terheltséggel foglalkozik és itt ellentétben az eddig elfogadott nézettel azon következtetésre jut, hogy a családi terheltség a tuberculosos kóroktanában nem bír oly jelentőséggel, mint azt eddig általában felvették. Az eseteknek több mint $\frac{2}{3}$ -ában ugyanis a családi anamnesist tuberculosistól mentesnek találta, jelölül annak, hogy még a legjobb családi anamnesis sem biztosít a tüdővész ellen. Ezért valamely gyanús eset megírásánál nem a terheltséget mint olyant tartja latba vetendőnek, hanem azt a körülményt, hogy minő contactusban állott az illető családjának tüdővészben meghalt tagjához. Ezen kérdésnek a biztosító-társulatoknak orvosi bizonyítványába való felvételétől Croner sokkal több hasznót vár, mint a családi terheltség egyszerű megállapításától. Végül azt a megfigyelésre méltó tanácsot adja az életbiztosító-társulatoknak, hogy közösen sanatoriumokat létesítsenek, a hol a társulatok feleiket, mielőtt náluk a tüdővész első jelei mutatkoznak, kezelhetnék. E célra a gyanús eseteket évenként benyújtandó egészségi állapotukat feltűntető orvosi bizonyítványra kellene kötelezni; ily módon lehetséges volna sokszor a betegséget évekre megállapodásra birni: és ez a mily nagy jótétemény volna egyrészt a biztosítottakra nézve, úgy másrészt idővel a társulatoknak is anyagi előnyt biztosítana. (Inaugur.-Dissertation, Berlin. 1899.)

Hönig Izsó dr.

Sebészet.

A linea alba cystokelejiéről ír Gerulanos. A fehér vonalban megjelenő sérvek, eltekintve az ide nem tartozó laparotomiák útján, diastasis

révén keletkezett sérvektől s a köldökherniáktól, igen ritkák. Az irodalomban csaknem unicum számba menő ily herniát ismertet szerző, melyet Helferich klinikáján észlelt. 52 éves asszonynál az utolsó szülés után mogorónyi daganat keletkezett, mely a symphysis elé helyezkedett és 9 évig semmi kellemetlenséget nem okozott; utóbbi időben nagyobb munka után a daganat férfükölyni lett, s a betegnek igen heves fájdalmai voltak. E mellett igen erős ingere dacára alig tudott pár cseppet vizelni. Nem hányt. A sérv visszahelyezése után a beteg sokat vizelt. Az operationál kiderült, hogy a sérvet a hólyagnak egy keskeny nyelű, 2.5 cm. hosszú, 2 cm. széles diverticuluma képezte, a melyhez még egy 3.5 cm. hosszú cysta és egy kis lipoma is csatlakozott. A diverticulum nyelét Helferich ovalisan körülmetszette, s az egész képletet járulékaival együtt eltávolította. Az 1 cm.-nyi hólyagsebet catgutall bevarrta. (D. Zeitschrift f. Chir. 54. kötet.)

P—y.

Tompa trauma okozta hasi sérülés esetét közli Roestel. Egy gyári munkás hasán vaskocsi ment keresztül. A beteget súlyos shock tünetei között hozták a kórházba; dacára annak, hogy bélsérülés is felvehető volt, tekintetbe véve súlyos állapotát, melyben az operatiót bizonyosan nem állotta volna ki, laparotomiát nem végeztek, hanem a beteget abszolút nyugalomba helyezték, s hogy a peristaltikát is csökkenték, beteget 9 napon keresztül csak sós és cukros vízzel, továbbá olajjal subcutan módon táplálták. Ezen eljárással elérték azt, hogy a hasi béli folyamat elhárulódott s csak a 18. napon nyitották meg az egész kis medencét kitöltő bűzös folyadékot tartalmazó abscessust. Ezen esetben tehát az óvatos expectativ eljárás a beteg életét megmentette. (Deutsche Zeitschrift f. Chir. 54. kötet.)

P—y.

Kisebb közlemények az orvostudományról.

Tüdőgümőkór gyógyítása ichthyollal. Cohn már 1896-ban ajánlotta volt kedvező eredményei alapján az ichthyolt tüdőgümőkór esetében. Ujabb Schiele irt ezen tárgyról (St. Petersburger med. Wochenschrift, 1899. 8. sz.) és Wertheimer előadást tartott róla a nürnbergi orvosegyületben. Abból kiindulva, hogy Zülzer és Helmers szerint az ichthyol az anyagcserét kedvezően befolyásolja, Abel szerint pedig erős antiseptikus tulajdonsággal bír: Schiele és Wertheimer kísérletezni kezdtek az ichthyollal tüdővész esetében, a betegség előhaladottabb szakában is. Ammonium sulfoichthyolicumból 3–5 cseppet adtak naponként 3-szor és fokozatosan felemelkedtek 15–30, sőt 40 csepre, szintén 3-szor naponként. Mindketten az étvágy bámulatos fokozódását észlelték, e mellett a láz és kiköpés csökkent, a köhögés enyhült. Valamennyi esetben, még a súlyosakban is, kedvező fordulatot vett a betegség, noha az előbb adott kreosotal hatástalan volt, vagy pedig nem tűrték a betegek. Eredményeik alapján tehát melegen ajánlják az ichthyolt, főleg oly esetekben, melyekben az erőhanyatlás rohamos; e mellett természetesen a hygienikus és diatetikus orvoslás sem mellőzendő.

Alsószékelyek gyógyítására Steiner a crurint (chinolin-bismuth-rhodanat) ajánlja. A crurin durván szemcsés, vörössárga színű por, a melyet a fekélyre ráhintünk; nagyon bő váladék esetén ilyenkor sárgás púp képződik, kevesebb váladék esetén pedig barnás, erősen tapadó pörk, a mely alatt a fekély gyorsan gyógyul. (Therap. Monatshefte, 1900. január.)

A tüdővész gyógyítása kámfor-olajjal. Ismeretes, hogy tüdővész esetében Alexander kámforolaj-befecskendéseket ajánlott: 4 napon át naponként 1 gm. oleum camphoratumot fecskendez be, azután 10 napig szünetet tart. Criegern a lipcei poliklinikán kipróbálta e módszert, de nem sok jót mondhat róla. Az akár subcutan, akár intramuscularisan alkalmazott befecskendések nagyon fájdalmasak, tiszta gümőkór-esetekben pedig semmi hatásuk nincsen. Fekélyedő folyamatokkal komplikált esetekben (cavernosus phthisis) némi eredmény mutatkozott, a mennyiben a betegek elesettség csökkent, úgyszintén a köpet mennyisége is, néha az éjjeli izzadás is megszűnt; gyógyulás azonban sohasem következett be. Ellenjavallt a kámfor használatát veselőknél és vérzésre hajlandóságnál. A bőr alá fecskendés helyett inkább a végbélben át alkalmazás használandó: a kámfor-olajat tojássárgával emulgeálva, klysma alakjában adjuk. (Berlin. klin. Wochenschrift, 1899. 43. sz.)

Meghívó a magyar orvosi könyvkiadó-társulat évi közgyűlésére.

A magyar orvosi könyvkiadó-társulat évi közgyűlését f. é. március 23-dikán d. u. 5 órakor a budapesti kir. orvosegyesület helyiségeiben fogja tartani.

Tárgyak:

1. Titkári jelentések a társulat működéséről.
 2. A múlt évi közgyűlés által a pénztár megvizsgálására kiküldött bizottság jelentése.
 3. A társulat igazgató tanácsának, tiszti karának és a tanácsbeli tagok egy harmadának megválasztása az alapszabályok 17. és 18. §-ai értelmében.
 4. Három tagú bizottságnak választása a pénzkészítés megvizsgálására az alapszabályok 36. §-a értelmében.
- Midőn az igazgató tanács meghagyásából a társulat t. tagjait ezen közgyűlésre meghívni szerencsém van, egyszersmind

megjegyzem, hogy azon tagok, kik a gyűlésen személyesen meg nem jelenhetnek, szavazataikat a titkársághoz (V., Sas-utca 16. sz.) írásban is beküldhetik.

A jelenleg kilépő igazgatótanácsi tagok a következők: budapestiek: Hegedűs János, Kétly Károly, Müller Kálmán, Réczey Imre; vidékiek: Imre József, Kanka Károly, Molnár József, Varga Zsigmond.

A kilépő igazgatósági tagok újra megválaszthatók.

Budapest, 1900. március 2-dikán.

Koller Gyula dr.,
első titkár.

Hetiszemle és vegyesek.

— A főváros egészsége a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1900-dik év nyolcadik hetében (1900. február 18-dikától február 24.) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1900-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 669,120, katona 16,220, összesen 685,340. Elvezületett 476 gyermek, elhalt 251 egyén, a születések tehát 225-el múltak felül a halálozásokon. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 36.1. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra: 19.0 az egy éven felüli lakosságnál: 16.0, az öt éven felüli lakosságnál: 13.6. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 1, angina diphtheritica 3, pertussis —, morbilli 1, scarlatina 1, variola —, cholera asiaticus —, typhus abdominalis 2, febris puerperalis 1, influenza 1, egyéb ragályos betegségek 1, meningitis 16, apoplexia 3, eclampsia 8, szervi szívbaj 16, pneumonia, pleuritis et catarrh. bronch. 44, tuberculosis pulmonum et phthisis 54, diarrhoea et enteritis —, gastro-enteritis 2, rák és egyéb újképletek 13, ezek közül méhrák 3, morbus Brightii et nephritis 12, rachitis 1, scrophulosis —, veleszületett gyengeség és alkathiba 13, atrophia et inanitia —, marasmus senilis 11, erőszakos haláletet 10, ebből gyilkosság és emberölés —, öngyilkosság 4, baleset 5, kétséges 1 (—). **II. Betegedések.** A) Betegforgalom a városi köz-kórházakban. A múlt hó végén volt 2922 beteg, szaporodás e héten 779, csökkenés 830, maradt e hét végén 2889 beteg. B) Hevenyragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1900. évi február 18-dikától február 25-dikéig terjedő első héten a tisztifőorvosi hivatal közleménye szerint (a zárjelben levő számok a múlt heti állást tüntetik fel): cholera — (—), himlő (variola) — (—), scarlatina (27 45), diphtheria, croup 24 (16), hagymáz (typhus) 5 (4), kanyaró (morbilli) 102 (97), trachoma 5 (4), vérhas (dysenteria) — (—), influenza — (—), hökhurut (pertussis) 30 (24), orfány (erysipelas) 11 (12), gyermekágyi láz (febr. puerp.) — (1), ezenfelül varicella 39 (18).

— A bécsi köz-kórház újjáépítése. A bécsi köz-kórház (Allgemeines Krankenhaus), mely a maga változatos és nagy anyaga folytán egyik jelentékeny tényezője volt a régi bécsi orvosi iskola világhírének, immár olyan állapotba jutott, hogy a segítség szükségét minden illetékes tényező elismeri. A klinikáknak nincs dolgozójuk, a tantermeik kicsiny, a kórtérmeik elégtelenek, a járó betegek a folyosókon tolonganak. Hartel, az új közoktatásügyi miniszter, ez állapotok javítása céljából tanácskozást tart, melyen az érdekeltek miniszteriumok, a helytartóság, a város és az egyetem képviselői vesznek részt. Hartel dicsőre méltó összintéssel vallotta be, hogy épen a klinikák kedvezőtlen elhelyezése volt oka, hogy kiváló külföldi szakértők visszautasították a felajánlott tanszékeket, sőt még a régi bécsi orvosi iskola tanítványai is kíváncsiak voltak. A kórház ügyét tehát egyenesen a fakultás s az egyetem életkérdésének tekintik. Három terv képezi a tanácskozás tárgyát: 1. a köz-kórház újjáépítése a régi telken a szomszédos kaszárnya területének megszerzésével; 2. az országos tébolyda telkeinek megszerzése (a régi kórházhoz közel fekszik); 3. az Ottakring külváros távol eső területére való ki-telepítés. A tervek máris élénk megvitatás tárgyát képezik s úgy látszik, az egyetem képviselői azok, kik erősen hangsúlyozzák azt, hogy milyen előnyös, hogy a köz-kórház az elméleti intézetek s a központi egyetem közelében maradjon. A kérdés megoldása bennünket is érdekel, hiszen a mi klinikáink elhelyezésének is hasonló területi nehézségek vannak. A bécsi terv újból felveti az üllői-úti orvoskari telep szomszédosságában levő dohánygyár telkének megszerzését. A klinikák olyan szükséges terjeszkedésének legtermészetesebb területe ez, mely ugyancsak állami tulajdon s így feltételezhető, hogy a közoktatásügyi kormányzatnak nem kell olyan anyagi áldozatokat hozni, mint ha az épületek magántulajdon képeznének. De a városnak is érdeke, hogy a dohánygyár külső területen nyerjen elhelyezést. E tekintetben három factor érdekössége van meg. Ha a jelek nem esznek, Hartel a bécsi köz-kórház kérdését gyorsan meg fogja oldani, erre vall Körber miniszterelnök bemutatkozó beszéde az osztrák „Reichsrath“-ban, melyben a felső oktatás fejlesztését elsőrangú feladatnak jelölte meg. A mi klinikáink — egy kivételével — sokkal jobban vannak ugyan elhelyezve, mint a bécsiek, de utóbbiak nagy előnye volt a köz-kórházzal (2000 ágy) való kapcsolatuk; ha most újjá épülnek, a hanyatló bécsi orvosi iskola újjáébredése várható. Versenyképességünk fentartására a természetes fejlődés feltételeinek megszerzése feltétlenül szükséges volna!

G. E.

□ Szegénysorsú gyermekek thermalis jodkúrája a lipiki gyermekgyógyintézetben lehetővé tétetve, az intézeti igazgatóság közli, hogy az 1900. évben az összes kedvezményes helyek előjegyzés útján töltetnek be. Ezen intézeti helyekre igényt tarthatnak a szegénysorsú gyermekek gondozásával foglalkozó egyesületek, testü-

letek, hatóságok és alapítványkezelőségek, a vagyontalan szülők, csekélyebb díjazású tisztek, tisztviselők, lelkészek, tanítók, valamint a gyakorló orvosok 2—12 év közötti gyermekeik, illetve gyámoltjaik számára. A feldíjas helyek ingyenes lakással, gondozással és felügyelettel s esetleg díjmentes fürdőhasználattal járnak. Az élelmezés és kiszolgálás díja megtérítendő. A csekély ágylétszámmal (24) fogva a bejelentések „Sanatorium Lipik“ címére március 13-dikáig kéretnek. Bővebb felvilágosítást nyújtanak Radó Lipót dr. főorvos úr (Budapest, IX., Csillag-utca 10.), Breitwieser Henrik dr. intézeti főorvos úr Lipiken és Szemerey Bertalan dr. hivatalos fürdőorvos úr Lipiken, valamint a Sanatorium Lipik.

* A budapesti kir. orvosegyesület X-dik rendes üléséről közlöt-tekhez Pándy Kálmán dr. úrtól a következő észrevételeket vettük:

Gyula, 1900. március 3-dikán.

Igen tisztelt Szerkesztő Ur! Kényes félremagyarázások, illetve félreértések helyreigazításáért legyen szíves becses lapjában ezen pár sort közlőtenni: Február hó 17-dikén az orvosegyesületben tartott előadásomban egyáltalán nem mondtam azt, hogy a köz-kórházak tébolydai osztályának kibővítése anyagi hasznót hoz a törvényhatóságnak. Azt ohajtottam épen hangsúlyozni, hogy a köz-kórháznak (tehát nem a törvényhatóságnak) sem igen van haszna az osztályból, mert megtakarítása arányában ápolási díjai évről évre a legnagyobb szigorúsággal leszállítva lesznek. Fel is hoztam példa kedvéért Gyöngyöst s Nyitrát, hol az ápolási díjak egy, illetve fél év alatt 4 s 3 krral lettek leszállítva. Más a viszony magánvállalatokkal szemben, melyek számadása belügy-ministeri ellenőrzés alá nem esik. Szerettem volna világosan feltüntetni azt is, hogy a tébolydai osztályok kibővítése, a mely nagy kár a magyar elmebetegügyre, oly sokat árt a köz-kórházaknak is, új fedélt teszünk a düledező házra s 100,000-ek árán sem alkotunk az egészségtan mai követelményeinek megfelelő, igazán gyógyító s ápoló intézeteket... „les deux services en souffriront!“... Maradtam az igen tisztelt szerkesztő úrnak őszinte tisztelője Pándy Kálmán dr.

⊕ Tiszti orvosi vizsgára a gyógyszerintézetből előkészítő cursust kezd Vámosy Zoltán dr., I. tanársegéd a gyógyszerintézetben, folyó hó 15-dikén d. u. 1/2 6 órákor. Részvételi díj 16 frt. A cursus chemiai laboratoriumi gyakorlatokkal lesz egybekötve.

□ Bemutatott oklevelek. Okleveleiket ez év január havában a tisztiorvosi hivatalban bemutatták: Havas Imre, Haas Fülöp, Rotter Henrik, Neményi Honfi, Holczner Gusztáv, Koos Aurél, Kerntler Jenő, Vértess Oszkár, Kliburszky János egyetemes orvosdoktorok és 17 szülész.

— Högyes tanár Pasteur-intézetében folyó év január havában 163 veszett vagy veszettségre gyanús állat marta egyén (141 magyarországi, 14 horvát és szlavyon, 3 bosznia és hercegovinai, 3 szerbiai, 2 galicziai) nyert antirabikus védőoltást. 150 egyént kutya, 6-ot macska, 6-ot szarvasmarha, 1-et ember inficiált. Halálozás: 1. Évi folyó szám: 163; egyetemes folyó szám: 12449.

⊕ A Kézmárcs-féle szülészeti poliklinika segélyét február hóban 66 esetben vették igénybe 42 műtéttel. Évi folyószám 147.

|| Lakásváltóztatás. Gáspár Ferencz dr. operateur-fogorvos, lakik: IV., Kigó-utca 2. (Városház-tér sarkán).

+ Hibaigazítás. A lapunk ez évi 9. számában megjelent közleményben a 131. oldal 2. hasábjának 3. sorában alulról: „Deutsche Klinik 1897“ helyett: „Deutsche Klinik 1857“ olvasandó.

† Elhunyt. Bleuer Miklós dr. Szabolcs vármegye tb. főorvosa f. hó 2-dikán 85 éves korában. — Kresz Ottó dr. ny. cs. és kir. I. oszt. főorvos, Temesvár diszpolgára, 77 éves korában Fehértemplomban.

+ Figyelembe vételül. Ha orvosszereink közül a gyógyításnál természet szerint mind a legjobbat s a legkiválóbb hatást ígérőt igyekeznünk választani, akkor különösen a fürdőkúránál, melynek hatása amúgy is redukált, különösen kell erre törekednünk. Örömmel figyelmeztetünk ennél fogva a jelen esetben a zablaczi Korona-jodsóra, melyet a bécsi egyetemen Ludwig tanár elemezett s „unicum“-nak nyilvánított. Figyelmeztetésére a nevezett egyetem nevesebb tanárai (Albert, Kaposi stb.) kísérleteztek ezen sóval, különösen urarthritis, rheuma, scrophulosis, bőr- és izületi bántalmak, lues, exsudatumok eseteiben, a prostata és a here megbetegedéseinek s a kitünő eredményt egész sorával a bizonyítványoknak igazolják, a mi természetes is, mert a zablaczi Korona-jodsó 3—6-szor annyi jodot tartalmaz, mint bármelyik forgalomban levő jodsó.

Kiváló előnye, hogy vele a beteg lakásán lehet eredményes jod-fürdőkúrát használtatnunk s ivókúrára is alkalmazhatjuk.

Használatát különben bőven leírja a prospectus.

A zablaczi Korona-jodsót nálunk Edes-kuty L. hozza forgalomba.

Téli kúra Szt. Lukács-fürdő Budapest

A „Kristály“ Szt. Lukács-fürdő savanyúvíz, mint kellemes ádító ital ajánlatik

Kénes iszapfürdők, természetes fürdő-medence, Begyógyulások iszap-pal. Kád- és gőzfürdők. Massage. Kitűnő szállodák. Meghülés kizárva. Vendéglő saját üzemben. Olcsó árak. Gondos kezelés. A fürdő főorvosa: Dr. Bosányi Béla kir. tanácsos. Prospektust ingyen küld az igazgatóság.

Dr. Herczel egyet. m.-tanár újonnan épült „Fasorsanatoriuma“ (magánygyógyintézet sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek részére) Budapest, VII., Városligeti fasor 9. sz. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitűnő ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Kívánatra prospectus.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. Orvosegyesület. (XI. rendes ülés 1900. március 3-dikán.) 156. l. — Közkórházi orvostársulat. (III. bemutató szakülés 1900. február 7-dikén.) 157. l. — Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete. (IV. rendes ülés 1899. április 20-dikán.) 157. l. — Szegedi orvosegyesület. (Szakülés 1899. november 8-dikán.) 158. l. — (Szakülés 1899. december 18-dikán.) 158. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XI. rendes ülés 1900. március 3-dikán.)

Elnök: **Genersich Antal**; jegyző: **Lévai József**.**Mikrophthalmus congenitus bilateralis esete.**

Vermes Lajos: Egy testileg és szellemileg jól fejlődött 3 éves gyermekről van szó, ki szüleinek állítása szerint időre született. Már 4 napos korában feltűnt a környezetnek, hogy a csecsemő szemei beestettek és feltűnő kicsinyek. A kis beteg 6 testvére közül az egyiknek bal szemén a szembogár hosszúság és lecsúszott, miként a gyermek atyja magát kifejezi (valószínűleg coloboma iridis). A szülők között vérrokonság nem áll fenn és a család többi tagjánál rövidlátóságtól tekintve semmi abnormitás sem fordul elő.

A beteg mindkét szeme mogorónyi nagyságú, a bal szem valamivel kisebb mint a jobb. Az orbita méretei elég arányosnak látszanak a fej alkatához viszonyítva. A felső szemhéjak ptosist tüntetnek fel, a mi nem tekinthető congenitalisnak, hanem igen egyszerűen magyarázható abból, hogy a kis szemtekére boruló szemhéj emelő izma, a m. levator palpebrae az inaktivitás következtében elsatnyul. A szemhéjak 4 mm. szemrést hagynak szabadon.

A bal szem strabismus convergenst tüntet fel, mely a m. rectus externus gyengeségén alapszik, mert bal felé nézésnél a szem visszamarad, míg más irányban a mozgások szabadok. A szemek, melyeknek főtengelyei előre és fölfelé irányítottak, komplikált, hol a verticalis, hol a horizontalis tengely körüli nystagmusos mozgásokat végeznek.

A bulbus igen érdekes képet nyújt. A cornea a normalisnál jóval kisebb, tehát mikrocornea van jelen, és tompított hegyű körtealakú. A szaruhártya applanált, görbületi sugara körülbelül megegyezhetik a scleráéval. A jobb szem corneája egészében átlátszó, a bal szemé a széleken kissé homályos, hosszúsága 3-5 mm. és szélessége 2 1/2 mm. A csarnok igen sekély. Az iris mindkét szemben elnyúlt félholdat képez, a mi által a pupilla szintén körtealakú lesz, vagyis coloboma iridis is van jelen. A bal szem pupilláján fölfelé is egy kis hasadék van.

A látható szivárványhártyaiv a legnagyobb átmérőben 1 mm. széles, rajzolata jól látszik. A lencse teljesen átlátszó, a szem mélyébe világítva igen világos, szürkés-fehér reflex nyerhető széles kiterjedésben, a mi arra vall, hogy az iris colobomája folytatódik a chorioideára is. Egészen pontos leletet felvenni — tekintettel a gyermek kis korára s a folytonos szemrengésre — teljesen lehetetlen, annyiról azonban functionális vizsgálatok alapján meggyőződött, hogy a látóhártya érző elemei a bulbusban mindenütt jelen vannak. A látótér minden irányban szabad. Daczára ezen óriási elváltozásoknak, a gyermek egy bizonyos látóképességgel bír, t. i. a földön levő papírszeletet felkeresi és felveszi, az elébe tartott nagyobb tárgyak után nyúl, az irányt mindig megtalálja kezével, de a térbeli helyet eltéveszti. A színeket mind egész biztonsággal megnevezi.

Adott esetben egy tiszta mikrophthalmussal van dolgunk, mely csakis a fejlődés hiányos voltával, a foetalis szemrés nyitva maradásával hozható vonatkozásba, ellentétben azon abnormis kicsinységű szemekkel, a melyeken az intrauterin életben lefolyt gyulladások kétség-telen jelei láthatók, mint pl. a cornea hegedése, a lencse zsupora, elmeszesedése, mint a milyen esetet éppen a napokban volt alkalma észlelhetni, hol fényérzés sincsen és a mely ellentétben a valódi mikrophthalmussal csak egy szemre szorítkozott, míg emez majdnem mindig két szemet illet. A gyulladásos alapon létrejött abnormis kicsiny szemeket atrophía bulbi congenita névvel jelöljük.

A mikrophthalmusnál a falak elvékonyodása mellett a bulbus cystás tágulata, kiöblösödése szokott előfordulni, mely az alsó szemhéjjal is összefügghet és a melyben a retina fényérző elemeit is fel lehet találni. Ilyen cystát itt kitapintani nem sikerül. Esete az aetiologiát illető nézetek között *Arlt* azon felfogását támogatja, hogy az igazi mikrophthalmus oka a foetalis szemrés záródásának elmaradása, a mit különben *Hess* anatomicus is bebizonyított; a *Deutschmann* által felvett gyulladásos alap támogatására jelen eset nem alkalmas.

Adatok a musculus sternocleidomastoideus boncztanához és physiologiai működéséhez.

Scheiber S. H.: Előadó a spleniusgöres által okozott torticollis egy esetének tanulmányozása alkalmával azt találta, hogy a sternocleidomastoideus physiologiai működését illetőleg lényeges nézeteltérések vannak a régebbi és újabb boncztanárok közt. A míg t. i. a régebbi boncztanárok azt tanították, hogy a sternocleidomastoideus csak a csecsnyújtványhoz tapad és mindkét oldali működésénél a fejet elő- és lefelé húzza, az újabbak azt tanítják, hogy ezen izom a csecsnyújtványon

kivül meg a linea nuchae superiorhoz is tapad és így eme hátrább tapadásánál fogva a fejet nem húzhatja elő- és le-, hanem inkább hátrafelé és ennélfogva a „fejbiczentő“ (Kopfnicker) nevét jogtalanul viseli. Másrészt azonban *Duchenne* (de Boulogne) eme csupán elméleti következtetés ellenében úgy electrophysiologiai kísérletek, valamint egy idevágó kóreset által kimutatta, hogy a sternocleidomastoideus igenis a fejet elő- és lefelé hajtja.

E kérdés eldöntése czéljából előadó e tárgyat behatóbb tanulmánya tárgyává téve, egyrészt *Duchenne* electrophysiologiai kísérleteit a sternocleidomastoideuson ismételte, másrészt pedig ezen izom boncztanai, illetve tapadási viszonyait vizsgálta hullákon, úgy hogy az izom fejevégen, valamint az ezzel tapadási viszonyban levő koponyarészekben a mérések egész sorozatát végezte és ez úton a következő eredményre jutott: 1. Electrophysiologiai kísérletei ugyanazon eredményre vezettek mint *Duchenne*-éi, hogy t. i. a sternocleidomastoideus egyes ritkább esetek kivételével mindkét oldali működésénél a fejet elő- és lefelé húzza és így tehát ez izom a régi fejbiczentő nevét joggal viseli; 2. a sternocleidomastoideus fejtapadása nem esik egészen a nyakszirti izületek forgótengelye mögé, mint azt a boncztanárok állítják, hanem átlagban fejtapadási vonalának 1/6 része még a nevezett forgótengely elé esik; 3. a sternocleidomastoideus fejevégen hol nagyobb, hol kisebb része csakugyan a linea nuchae superiorhoz is tapad; 4. a linea nuchae superior mellső vége ama szögletben vagy annak közelében végződik, a melyben a lambdavarat a falsecsnyarrattal és a csecsnyakszirti varrattal egyesül (angulus occipito-mastoideus); 5. a csecsnyújtvány az esetek túlnyomó részében nem közvetlen határos a linea nuchae superiorral, úgy mint ezt a boncztanárok állítják, hanem a kettő között a halántékcsont csecsrésztétén még egy, hol kisebb, hol nagyobb terület létezik, a mely a csecsnyújtvány bázisa és az angulus occipito-mastoideus közt fekszik, a mely területet a boncztanárok eddig nem vettek figyelembe és a melyet előadó „planum supramastoideum“-nak nevez; 6. a sternocleidomastoideus fejevége tehát az esetek legnagyobb részében, mielőtt a linea nuchae superiorhoz érne, még eme planum supramastoideumhoz tapad.

Végül előadó annak magyarázatát, hogy a sternocleidomastoideus annak daczára, hogy fejtapadása messze hátrafelé nyúl, mégis a fejet nem hátra-, hanem előfelé húzza, a következő pontokban leli: 1. mert az izom fix eredő pontjai (szegy- és kulcscsont) a nyakszirti izületek elé esnek; 2. mert az izom fejinsertiójából, habár csak egy kis rész, a nyakszirti izületek forgó tengelye elé esik; 3. mert a fej súlypontja (Weber szerint) szintén a nyakszirti izületek előtt van és 4. mert az izom fejevége hátrafelé mind vékonyabb lesz, úgy hogy az izom legnagyobb része az insertio vonal mellső felére, így tehát a nyakszirti izületek közelébe esik.

Dollinger Gyula: A m. sternocleidomastoideust és a cucullarist nem csupán az accessorius látja el, hanem más idegek is, úgy hogy magának a sternocleidomastoideusnak faradikus árammal izgatásával nem sikerül a kérdést megoldani, mert, ha ezt izgatjuk, az izgalom átterjed a cervicalis idegekre is s így secundaer úton más izmok is működésbe jönnek.

Hogy a sternocleidomastoideus működését milyen nehéz kitanulmányozni, mert más izmok teljesen compenzálják, ezt bizonyítja szólnak egy esete, melyben az illető nőbetegnél kétoldali lymphoma malignum operálásánál mindkét oldali sternocleidomastoideust teljesen el kellett távolítani, s daczára annak, hogy mindkét sternocleidomastoideust teljesen eltávolította, a fej forgatása, hajlítása, jobbra-balra mozgatása tökéletes; vagyis a mindkét oldali sternocleidomastoideus tökéletes eltávolítása a fej mozgási functiójára semmi befolyással nincsen. Ezen kérdést egyszerűen mérésekkel megoldani nem lehet.

Scheiber Sámuel: Tudja, hogy a sternocleidomastoideust nemcsak az accessorius, hanem a plexus cervicalisból jövő idegszálak is beidegzik; azt is felolvasta, hogy a sternocleidomastoideus faradizálásánál vigyázni kell arra, hogy a cucullaris is izgalomba ne jöjjön, azért szabad csak nagyon csekély áramot alkalmazni. Érthető, hogy a *Dollinger* említett esetében a mindkét oldali sternocleidomastoideus kiirtása daczára is a beteg a fejét mindenfelé tudja mozgatni, mert nagyon sok izom halad a gerincoszlop mellső és hátsó felszínéről a fejhez, melyek működése pótolni tudja a sternocleidomastoideust; ilyen pl. a rectus anterior, a cucullaris.

Imrédy Béla: Hanyattfekvő helyzetben a fej felemelésénél a sternocleidomastoideus működik: púp támad a sternocleidomastoideus helyén; érdekes volna *Dollinger* esetében megtudni, vajjon ha a beteg hanyatt fekszik, tudja-e a fejét felemelni, s ha igen, milyen izmok jönnek működésbe?

Dollinger Gyula: A beteget ilyen irányban még nem vizsgálta, álló helyzetben előre tudja hajlítani a fejét, a mi úgy magyarázható, hogy ellazítja a tarkóizmokat s a fej súlypontja elől lévén, a fej előre csúszik.

Közkórházi Orvostársulat.

(III. bemutató szakülés 1900. február 7-dikén.)

Elnök: Bradách Antal; jegyző: Terray Pál.

(Vége.)

Aneurysmata baseos cerebri.

Minich Károly: A fokozódó gyengeség tünetei közt elhalt 75 éves egyén boncolásánál az általános öregkori sorvadás jelenségein kívül az ütőerek mérsékelt, inkább csak szívetes jellegű belhártyalobja, a vesemedencék, húgyvezérek és húgyhólyag vérzéses természetű hurutos megbetegedése és következményes elváltozásként a húgyhólyag trabecularis túltengése volt jelen. A legfontosabb elváltozások a koponya-úrban találtak, ugyanis már a kemény burok felemelésekor feltűnt, hogy a tekervények feltűnően szélesek, a barázdák pedig igen vékonyak, mint a hogy az agynyomás eseteiben lenni szokott. A lágy agyburkok vékonyak, áttetszők, könnyen levonhatók, közepes vértartalmúak. Az agyalapon a véredények általában tágultak és már első megtekintéskor három cylindrikus, zsákszerű tágulat tűnik fel rajtuk. A legnagyobb $3\frac{1}{2}$ cm. hosszú, hátul 2 cm., mellül $1\frac{1}{2}$ cm. széles, $\frac{3}{4}$ –1 cm. magas, a vertebralisok összefolyása előtt kezdődik, különösen a bal vertebralis $1\frac{1}{2}$ cm. hosszúságú és 2 cm. széles zsákszerű tágulattal, azonban a jobb gerincezverő $\frac{1}{2}$ cm.-nyi szakasza is tágultnak bizonyul; mellfelé a basilarisnak a hid közepéig terjedő szakaszáig ér, a hol a basilarisnak kanyargósan haladó lúdtollvastag részébe folytatódik. Ezen zsák teljesen befedi a pyramisokat, a foramen coecum posticum táját és eltakarja a hid bal felének egy részét. Mindkét profunda cerebri ugyancsak tágult, gyufaszálnál vastagabb, kanyargós lefutású. Az arteriae communicantes posticae igen vékonyak; a baloldali mellősi részlete el van takarva. Ugyanis a bal carotis internának a Sylvius-árok verőerébe való átmeneti helyén található a második aneurysmatikus tágulat, a mely 3 cm. hosszú, $1\frac{1}{2}$ cm. széles, 4 cm. magas és legnagyobb részével a halánték lebeny csúcsa alatt fekszik. Ezen tágulat ugyancsak cylindrikus és éles határ nélkül megy át a Sylvius-árok verőerének egyenletesen tágult, szalmaszálvastag folytatásába, a tágulat hátsó széle a szabadon fekvő részen az arteria profunda cerebri érinti és e közben a hátsó communicans ágat részben elfedi. Jobboldalt van a 3. zsák, a mely 2 cm. hosszú, egyébként a baloldalihoz teljesen hasonló.

Az agyalapi idegek közül a látóidegek szürkésen elfajultak, a bal opticus egy alig 2 mm.-nyi lapos köteggé sorvasztott, a hypoglossus gyökerei oldalfelé kihelyeztetek és hasonlóképen sorvadtaknak látszanak. A hid domború felszínén a barázdá rendesen szélesebb és a hid balfelé a 6. ideg kilépéséig tányérszerűen besüppedt. A pyramisok helyén egy sajkszerű gödör van, a melyet a mellősi hosszbarázdá két egyenlőtlen félre oszt; ugyanis a bal fél 11, a jobb 6 mm.-nyi széles, mindkettő 2 cm. hosszú és általuk az olajkák oldalfelé szorulnak és a rendesen jóval laposabbak. A bal Sylvius-árok verőerének felemelése után kitűnik az is, hogy a bal tractus opticus ép oly mértékben, mint a látóideg, nyomást szenvedett és a rendesen jóval szélesebb lapos lemezzé alakítottatott át.

A véredények az agyalapon mindenütt valámivel vastagabb falzatúak, azonban áttetszők és csak helyenkint akadunk egyes kölesnyílenséni szürkés foltokra, a melyeknek megfelelő intimán igen sekély előemelkedés van jelen, sárgás színeződés azonban ezen területeken nem mutatkozik.

Három aneurysmatikus tágulat van tehát az agyalapon és ezek következményeként az opticusok szürke elfajulása; a pyramisok nyomási atrophája mellett agynyomási tünetek észlelhetők az agyon.

Az agyalapi aneurysmák rendszerint fiatalabb egyéneknek fordulnak elő. Öregebb egyéneknek, a hol az edények megbetegedése következtében az edényfal merevebb és kevésbé tágulékony, rendszeren már borsónyi aneurysmák halálósak szoktak lenni. Úgy fiatal, mint idősebb egyéneknek az aneurysmák hosszabb-rövidebb fennállásuk után megrepednek, az ilyenkor jelentkező inter- és submeningealis vérzés hozza létre a halálos agynyomást. Egy 18 éves fiúnál, a ki az utczán összeesett, eszméletét veszté, bemutató is látott diónál nagyobb aneurysmát, a melynek szakadása útján keletkezett vérzés váltotta ki az agyhüdest.

A bemutatót esetben egyfelől több aneurysmának jelentkezése és azoknak a leirt nagyságig fejlődése, másfelől pedig a letális kimenetel módja bir érdekekkel. Felvehetileg a nyúltagyra gyakorolt nyomás volt az előben észlelt tabes dorsualishoz hasonló kórkép és a halál oka. A kórképet komplikálta a látóidegnek, illetőleg tractusának a mellősi aneurysmák nyomása következtében beállott szürke degeneratioja, a mely a boncolatnál talált sorvadásos retinitissel együtt a látás zavarait hozta létre. Az anamnestikus adatokból majdnem kétségtelenül beigazoltunk vehető luetikus infectio nyomokat nem hagyott hátra még az edényekben sem. Az aneurysmatikus zsák falának szövettani vizsgálata kimutatta, hogy a rugalmas elemek majdnem teljesen hiányoznak és csak elszórtan akadunk egyes rugalmas rostokra, de ezek is csak rövid szakaszokban követhetők.

Vajjon ezen defectus elsődleges-e vagy csak a tágulathoz esatlakozott, eldönteni nem sikerült; annyi azonban tény, hogy az agyalapi nem tágult edényeken a rugalmas elemek változatlanul megtalálhatók.

Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete.

(IV. rendes ülés 1899. április 20-dikán.)

Elnök: Navrátil Imre; titkár: Polyák Lajos.

Adenoma papillare partim cysticum nasopharyngis esete és adenoma nasopharyngis esete.

Polyák Lajos: A tiszta adenomás daganatképződésnek két esetét van alkalom ezúttal a t. egyesületnek bemutatni, melyeknek érdeket ritkaságukon kívül azon körülmény kölesönöz, hogy a szövettani vizsgálat megejtése előtt klinice mindkettő a rosszindulatú neoplasma benyomását tette és ezen felfogásnál, főleg a II. esetben, a lelet dacára is, bár annak értelmében meg kell maradnunk.

Az I. eset egy 35 éves varrónőre vonatkozik, ki f. év február 14-dikén jelentkezett a szt. János-kórház orr- és gégebeteg rendelésén. Allítólag orrbaja csak 4 hó előtt kezdődött, előbb gyakori vérezésekkel járt, azután lassan eldugult a bal orr. Gyakori halánték fejfájása volt, néha kettős látás is jelentkezett. Mindkét alsó kagyló mérsékelt hypertrophikus volt, a csontos sörvény leghátsóbb része a jobboldalon sajátos tumorszerű elődomborodást mutatott. A jobb orr szelelt, a bal alig. A bal orr hátsó része teljesen ki volt töltve egy elég tömött, igen vérekeny daganat által, mely a rhinoskopia posterior eredménye szerint látszólag a csontos sörvényből és az ikesont testéből indult ki és az orrgarat baloldalt nagyrészt kitöltötte, de kissé a középvonalon is túlterjedt. Az eltávolítási kísérleteket a nagyfokú vérzés miatt abba kellett hagynom és biztonság kedvéért, bár beteg a luest tagadta, de tekintettel arra, hogy a daganat helye és külleme megfelelt volna egy széteső gummának is, jodkalit rendeltem, melyből a beteg 70 gm.-ot vett be eredmény nélkül, sőt a daganat ezalatt lassanként tovább nőtt és mindinkább malignus neoplasma benyomását tette. Miután egy ezután rendelt arsenkúra is eredménytelen maradt, április 4-dikén kacs és fogó segítségével a daganatból, mely ekkoráig jórészt felpuhult és helyenkint az orrban fekvő része üszkös is lett, bő vérzés mellett körülbelül diónyi részt távolítottam el, mire az orrlégzés jobboldalt egészen, baloldalt pedig nagyrészt szabad lett. A műtét után pár nappal láttam, hogy a daganat legnagyobb részt az orrgarat felső részének bal oldalán foglal helyet, miért is április 13-dikán innen egy kis diónyi részt vettem ki a Gottstein-késsel.

Ezen utóbbi résznek vizsgálata, melyet Minich boncnok-főorvos úr volt szíves megejteni, a következőket mutatta: „A beküldött szövetrész göröcsőleg laza vér- és nyirkedénydús kötőszövetes oly alapszövetből áll, melybe igen számos, hosszabb újrátartókat is képező mirigycsatorna is van ágyazva. Ezen mirigycsatornák falán többretegű hám boríték van, mely papillosus növedékek alakjában van elhelyezve. A csatornák ürében részint alvadt vér, részint pedig sejtörmelék található. *Diagnosis: Adenoma papillare partim cysticum.*”

A betegnél, mint az ma látható, mindkét orr jól szelel, jobb oldalon a septum hátsó részének tumorszerű elődomborodása látható, baloldalt hátul látszik egy kis a septumból kivonuló daganatrész. Az orrgarat bal felén a kissé szabálytalan sarjakra vagy szemölcsökre emlékeztető daganat foglal helyet, mely jobbfelé egy felhánt szélű fekélyhez hasonlóan végződik, kevésbé a középvonalon túl.

A II. eset egy 59 éves utcázseprő, első ízben f. év február havában vétetett fel a kórházba. Akkor előadta, hogy 6–7 hó óta a bal orra lassanként eldugult, azóta a bal fülén is nehezen hall, utóbbi időben a jobb orr is kezd eldugulni. Betegnél az orrból és szájból gangraenosus bűz ömlött elő. Az orrgarat bal oldalát egy daganat töltötte ki, mely belehatolt a bal orrba is és részben elébefeküdt a jobb choanának is. A daganat igen kemény, tömött volt, felületen érintésre is nagyfokban vérekeny. A betegnél március 3-dikán kacs és fogóval a daganat egy kis részét sikerült eltávolítanom, mire a jobb orr felszabadult s a türelmetlen beteg saját kívánságára elhagyta a kórházat. Bajának folytonos fokozódása folytán azonban április 10-dikén újra felvettette magát. A bal orr teljesen eldugult, a jobb szelel. Rhinolalia clausa. Az orrgarat bal felét egy gyermekkökönyi, erősen vascularizált, nyákhártyával borított daganat tölti ki, mely az orrgarat tetőből indul ki s ráfekszik a bal tubára is, de vele nem kapaszkodik össze, lefelé a lágyzájpad bal felét erősen lenyomja és elődomborítja. Április 10-dikén éles fogóval több nagyobb darabot távolítottam el a bal orron át, melyeket Minich boncnok-főorvos úr volt szíves megvizsgálni. „A daganat alapszövetét itt is egy laza vér- és nyirkedénydús kötőszövet képezi, beléje ágyazott számos mirigycsatornával, melyeknek falát többretegű hám borítja, papillosus elrendeződés itt csak gyéren látszik. A daganat szövete diffuse sűrűn infiltrálva van. *Diagnosis: Adenoma.*”

A daganat tehát mindkét esetben az orrgarat adenoid szöveteiből indul ki, de nem tévesztendő össze az ezen helyen gyakori adenoid vegetációkkal, melyektől nemcsak a klinikai kép és lefolyás, hanem a göröcsői kép is élesen elválasztja. Itt nem a garatmandola hyperplasiájáról van szó — melyet egyesek tévesen szintén adenomának neveznek —, hanem daganatképződésről sensu strictiori.

Az idő rövidsége folytán nem voltam azon helyzetben, hogy az idevágó irodalmat áttekinthessem, de meg kell említenem, hogy a „Handbuch der Laryngologie“-nak Mikulicz által irt fejezetében (Die Pharynxgeschwülste) ezen orrgarat adenomákat említve nem találtam. Épp így jártam a Schech, Bresgen, Massei kézikönyveivel is, sőt a „Centralblatt f. Laryngologie“ utolsó 3 évfolyamában sem találtam hasonló esetet,

úgy hogy ebből nemesak arra következtek, hogy a bántalom ily tiszta formájában ritka, hanem arra is, hogy hasonló esetek — górcsövi lelet híján — eddig valószínűleg mint malignus neoplasmák, a klinikai kép szerint talán mint sarcomák vagy rákok szerepeltek.

És hogy ez joggal történt, azt ezen esetek megtekintése után nem lehet kétségbe vonni. *Klebs* az adenomákat benignus és malignus csoportra osztja fel és azt mondja, hogy az ilyen daganatok lefolyása alatt őket a malignitásra fordulástól épp oly csekély határ választja el, mint az epitheliomát a rákesoporttól.

A jelen esetekre azt kell mondanom, hogy míg az I. eset a műtétek után sem mutat excessív növekedésre hajlamot, addig a II. esetben a növekedés mértéke oly gyors, mely gondolkodásba ejt, hogy nem a malignus alak van-e ott jelen. Ezzel függ össze a beavatkozás kérdése is. Tisztában vagyunk azzal, hogy direkt utakon az ily daganat alapos eltávolítása alig lehetséges, vagy legalább igen nagy nehézségekkel jár. Másrészt tekintve azt, hogy a nagyobb sebész beavatkozások mily következményekkel járnak a betegre — és itt nem az életvesztélt értem —, továbbá tekintve azt, hogy még ez úton sem tudunk biztosan minden kórosat eltávolítani, jogosult a megfontolás, mielőtt egy nagy műtét inditóját felállítanánk. En az I. esetben, miután az orr szabad, a beteg subjective teljesen jól érzi magát, a daganat pedig ez idő szerint nem nő, radicalis műtétet nem indikálók és meg fogom próbálni ismételt ülésekben természetes úton eltávolítani minden kórosat. Első sorban ugyanez a tervem a II. esetben is. Reményem, hogy ez úton is fel tudom az orrt szabadítani és a daganat nagyobb részét eltávolítani és csak az esetben, ha látnám, hogy a daganat ismét gyorsan nő és malignus jellegét mutat, fogom a radicalis műtétet indikálni.

Gégepolyp operált esete.

Polyák Lajos: S. J. 30 éves mozdonyvezető 1899. április 13-dikán vétetett fel a sz. János-kórházba. A beteg 7 hó óta lassankint elrekedt, sohasem köhögött. A bal hangszalag mellől harmadán a szabad szélén egy borsónyi halványvörös, kissé vizenyős polyp ült, mely hangoztatáskor a hangszalagok közé beékelődött. A polyp ugyanezen napon az alapjáról egy metszéssel eltávolított; mint azt ma láthatják, a sebhely még kissé duzzadt, de polypézis nem maradt vissza, biztonság kedvéért azonban a sebet pár nap múlva egy kissé edzeni fogom.

Az eltávolított polyp alkoholban kisborsónyira zsugorodott; górcsövíleg még nem vizsgálhattam, de nem kétkezem, hogy itt is egy mirigykivezető cső körül keletkezett hyperplasiás folyamatról van szó az edények hyalin degenerációjával, mint azt *Alexander* „Ueber die sog. Fibrome der Stimmlippen“ című munkájában (Archiv f. Laryngologie Bd. VIII) oly szépen leírja s mint azt nekem is több esetben volt már alkalmam észlelni.

A bemutatott egyénnél az az érdekes, hogy a hajlam nyákhártya-hyperplasiákra nála egybeült is mutatkozik. Mindkét alsó orrkagyló hypertrophiás és ezenkívül a jobb agger nasit egy csúcsán kifelé nyúló jókora polyp tölti ki, melyet a napokban fogok eltávolítani.

Primaer larynxscleroma esete.

Polyák Lajos: Virág Lászlóné, 31 éves, pályamunkás neje Branyicskáról (Erdély) f. é. április hó 16-dikán vétetett fel a sz. János-kórházba. A beteg állítása szerint baja körülbelül 8 hó előtt kezdődött, a midőn nedves házba költöztek lakni és itt az éjeleket huzamosabb ideig nyitott ajtóknál a földön fekve töltötte. Ezen idő óta rekedt, a hangja javulni nem akart és lassanként nehezebbé vált a lélegzete is, úgy hogy most már kissé gyors mozgásnál is fulad. Családjában hasonló baj elő nem fordult, 4 gyermeke él és egészséges.

Betegnél első megtekintésre az erősen sipoló stenotikus légzés tűnik fel. Az orr, orrgarat és garat vizsgálata eltérést nem mutat, a tüdők épek. Az egyedüli kóros elváltozás a gégében van, hol első betekintésre a hangszalagoknál valamivel mélyebben fekvő, de azokkal egybefolyó körkörös hurkaképződés látható, mely a gégét annyira szűkíti, hogy csak egy 3 mm. átmérőjű kerek nyílás marad a légzés számára hátra. További megfigyelésnél látszik, hogy ezen hurkaszerű daganatképződés a hangszalag alsó felületének nyákhártyájából indul ki, de magukkal a bár kissé belövelt, de különben nem megvastagodott hangszalagokkal nem függ egybe, azok a daganaton szabadon fekszenek, hangoztatáskor a kannaperczokkal együtt egészen jól mozognak. A hurkák tehát subglotticusak, érintésre porezkemények. Az exsisiót megkísérítettem, már diagnostikus okból is, de ez a szűk nyílás és a daganat keménysége miatt nem sikerült. A hurkák halvány rózsaszínűek, kissé egyenetlen felületűek, helyenkint fehéres hegyzsugorodások által behálózva. Kétségtelen, hogy a folyamat primaer gégescleroma. Tekintettel a nagy daganatra, nem vesztegetem az időt tágitással, hanem laryngofissio útján fogom a hurkákat a hangszalagok megtartása mellett eltávolítani s az eltávolított részeket górcsövíleg és bacteriologicus megvizsgáltatni.

Pótlás a correctura alkalmával: Azóta a műtét megtörtént. Az eltávolított részeket Minich főorvos vizsgálta meg bacteriologicus és szövettanilag, és a scleroma diagnózisát megerősítette.

Az énekregisterekről.

Némái M. József: Ezen előadást, mely egy nagyobb munkájának egyik fejezete, szerző egyelőre nem óhajtja közölni.

PÁLYÁZATOK.

2004/1900. szám.

Málnás, Oltsem, Bodok, Zalán, Mikóújfalú és Bükcsád községekből Málnás-füredő székhellyel szervezett közegészségügyi körben a **körorvosi állás** választás útján betöltendő lévén, ezen állásra ezennel pályázatot hirdetek.

Felhívtnak mindazok, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §. és az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §. szerinti minősítésüket, életkorukat, eddigi esetleges közszolgálatukat és erkölcsi magaviseletüket igazoló bizonyítványokkal felszerelt s kellően bélyegzett pályázati kérésüket **f. évi márczius hó 25-dikéig** bezárólag aláírthoz, amennyivel is inkább adják be, mivel a később beadandó folyamodások figyelembe nem vétetnek.

Ezen állással évi 1400 korona fizetés és az egészségügyi körben teljesítendő hivatalos útjai költségeinek fedezésére 240 korona fuvarátalány jár.

Ezen fizetésért köteles a körorvos a málnási fürdői orvosi teendőket is végezni.

Köteles a körorvos alispán úr által engedélyezendő kézi gyógytárat tartani és közsegeiben havonként kétszer meghatározott napokon hivatalos körutat tartani.

Köteles a szegényeket bármely alkalommal ingyen gyógykezelni, ellenben lakásán vagy hivatalos körútjai alkalmával vagyonosoktól egy rendelvénnyel 60 fillért vehet.

Úgy hivatalos, mint más útjai alkalmával a vagyonos beteg lakásán leendő látogatásért nappal 1 koronát, éjjel 2 korona beteglátogatási díjat vehet. Pályorvosi állás elnyerésére kitátása van.

A választás Málnásfürdőn f. évi márczius 31-dikén d. e. 9 órakor fog elnökletem alatt megtartatni.

Sepső-Szent-György, 1900. február hó 28-dikán.

Dálnoki Károly, h. főszolgabíró.

1373/1900. szám.

A lemondás folytán üresedésbe jött **izsáki községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Ezen állással járó javadalmak:

1. Kézpénz 1000 korona.
2. 3 szoba, eselédszoba, konyha, éléskamra és mellékhelyisétekből álló szabad lakás.

3. 1351 négyszögöl kaszálo haszonélvezete.

4. Beteglátogatásért 70 fillér, házi rendelésért 34 fillér.

5. Halottkémlésért 54 fillér.

Éjjeli rendelés és látogatásért, valamint a község külső határában történő rendelésért és látogatásért a díjak kétszerese számítható.

Felhívtnak tehát mindazok, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy a törvény által kívánt módon felszerelt kérvényeiket alulírt főszolgabírói hivatalhoz legkésőbb **ezen hónap 23-dik napjáig** bezárólag mutassák be.

A választás ezen hónap 25-dik napjának d. e. fél 12 órakor történik.

Kun-Szent-Miklós, 1900. évi márczius hó 2-dikán.

2—1

Főszolgabírói hivatal.

1306/1900. szám.

A Magyar-Valkó székhellyel rendszeresített m.-valkói **körorvosi állomás**, melyhez M.-Valkó, Keleczel, K.-Újfalu, N.-Kalota, Bacs, Bökény, Incel, Meregyő, Retyiczal, M.- és O.- Győr-Monostor, Erdőfalva, Derite, O.-Bikal és Bedecs községek tartoznak, lemondás folytán üresedésbe jöven, annak betöltése céljából pályázatot nyitattik.

Ezen körorvosi állomás 500 frt évi fizetés, 200 frt utazási általány, 100 frt lakpénz és a megállapítva levő vénnyírás, valamint látogatási díjakkal van javadalmazva.

A betegek látogatása alkalmával fuvardíj nem számítható fel.

Pályázni kívánók felhívtnak, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ban foglalt minősítvényekkel, eddigi alkalmaztatásukat, valamint erkölcsi magaviseletüket igazoló bizonyítványokkal, valamint a román nyelvben való jártasságukat igazoló bizonyítványokkal felszerelt pályázati kérésüket, a főszolgabírói hivatalhoz **márczius hó 30-dikáig** adják be.

A választás M.-Valkón a közjegyzői irodában márczius 31-dikén fog megtartatni.

A járási főszolgabírótól

Bánffy-Hunyad, 1900. évi márczius hó 1-jén.

3—1

Főszolgabírói hivatal.

HIRDETÉSEK.

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi-, górcsöi- és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUMBAN

mindennemű ép és kóros váladéknak (u. m.: vizelet-, köpet-, vér-, dajkatej-, hányadék-, ex- és transsudatum stb.), továbbá szöveteknek, daganatoknak úgy vegyi, mint górcsöi és bacteriologiai vizsgálatára vállalkoznak

dr. VAS BERNÁT és dr. GARA GÉZA a labororium vezetői.

Poliklinika: VII., Hársfa-utca 13—15. szám.

Vegyi, górcsövészeti és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUM

Budapesten, V. ker., Váci-körút 60. sz.

Foglalkozik vizelet-, köpet-, bélsár-, vér-, hányadék-, gyomornedv-, dajkatej-, ex- és transsudatum valamint bacteriologikus vizsgálatokkal.

Dr. MÁTRAJ GÁBOR, v. egyetemi élet- és körvegytani tanársegéd.

BILINI SAVANYÚKÚT

legkiválóbb képviselője az alkalikus savanyú vizeknek.

10,000 részben: szénsavas natron 33:1951, kénsavas natron 6:6679, szénsavas mészsav 3:6312, chlornatrium 3:9842, szénsavas magnesium 1:7478, szénsavas lithium 0:1904; szilárd alkatrészek, 52:5011, összes szénsav tartalom 55:1737, abból szabad és kötetlen 38:7660, hőmérsék 10:1—11° C.

Régóta híres gyógyforrás vese-, hólyag-, gyomor-bántalmak, köszvény, hörghurut, aranyérel stb.

Kitűnő diaetikus ital.

Savanyúkút gyógyintézet.

Ivó- és fürdő-kúra, minden kényelemmel ellátva, kád-, gőz-, elektr. fürdők, legújabb szerkezetű fürdők Gärtner bécsi tanár szerint, hidegvíz-gyógyintézet, tökéletes berendezéssel, massage stb.

Fürdőorvos:
Med. Dr. REUSS VILMOS

A fürdő-igazgatóság Bilinben
Csehországban.

Bevált gyógyító hatás a légzési és emésztési
nyálkhartyák mindennemű hurutjainál.

Gleichenbergi

Constantin-, Emma-, Klausen-
forrás és Constantin-forráslúg.
Johannisbrunnen mint üdítő ital.

Dr. Pajor vízgyógyintézete

Budapest, VIII., Szentkirályi-utca 14.

Massage, villamos izzasztó kúrák, Keller-féle szénsavas fürdők. (Nauheimmal azonos hatású.)

Ichthyol

Az Ichthyol-készítményeket
klinikusok és számos orvos a
legmelegebben ajánlják, s azok
egyetemi és városi kórházakban
állandóan alkalmaztatnak.

sikerrel alkalmaztatik:

női bajok és sápkóránál, húgyeső-takárnál, bőr-betegségeknek, az emésztő- és vérkeringési szervek bajainál, tüdővészénél, torok- és orrbántalmaknál, valamint mindennemű lobos és csúzos bántalmak ellen, egyrészt kísérletek és klinikai tapasztalatok által bebizonyult összehúzó, fájdalom-csillapító és antiparasitaer tulajdonságai, másrészt a felszívódást elősegítő és az anyagcserét fokozó hatásánál fogva.

Az Ichthyolt illető tudományos cikkeket vénymintákkal ingyen és bérmentve küldik szét az egyedüli gyártók

Ichthyol-társaság, Cordes Hermann és társa,
Hamburgban.

FRANZENSBAD. NATALIE-FORRÁS.

SZÉNSAVDŰS LITHION FORRÁS

Sikeresen bizonyult a húgysavas diathesis minden esetében, a húgysav hiányos kiválásánál a vérből, húgydara és fővény, vese- és hólyagbajoknál, köszvény, csúz, podagra stb. ellen.

Orvosi tekintélyek kitűnő sikerrel rendelik.

Húgyhajtó hatás.

Kellemes íz.

Könnyen megemészthető.

Kizárólagos szétküldési jog: MATTONI HENRIK, Franzensbad, Karlsbad, Bécs, Budapest

VÉDŐJEGY.



Univ. med. Dr. PÉCSI DANI
nyilvános

tehénhimlő-termelő intézete

BUDAPEST, II., Margit-körút 45. sz.

tömeges oltásokhoz, jó és biztos hatékonyságú oltóanyagot a következő áron szállít:

1 flóla 2—3 egyénre	120 fillér
10 vagy több flóla a	100 fillér
1 flóla 10—15 egyénre	3 korona
1 flóla 50 egyénre	450 fillér
1 flóla 100 egyénre	9 korona
Epidermin, egy tubus	100 fillér
Üres flóla darabonként	2 fillér
Fűvőcső darabonként	4 fillér
Tárgylemez darabonként	8 fillér
Oltógerely kaucsuk-tokkal	2 korona
Portóért és csomagolásért	80 fillér

LARGIN

Név védve. — Szabadalom.

Kiváló Antigonorrhoeum.

Nagyfokú bakteriumölő hatás.
Izgató hatás nélkül.



Lásd a munkálatokat Weichselbaum tanár bacteriol. intézetéből és Finger tanár klinikájából. Wiener klinische Wochenschrift 1898. 11—12. sz. und Wiener medicinische Presse 1899, Nr. 44.

= GLOBON =

Név védve. — Szabadalom.

Fehérnyét tartó táplálószer.

A Globon tápláló értéke minden hasonló készítményt felülmúl.

Lásd Arbeiten aus Prof. Frühwald's Klinik Wiener klinische Rundschau 1899, Nr. 45 und Dr. Kronfeld, Wiener med. Wochenschrift 1899, Nr. 44 und 45.

Wiener chem. Werke von Dr. Lilienfeld & Co. Wien, XVII/1.

KELETI J., Budapest.
Főraktár: IV., Koronaherczeg-utca 17.
Sebészeti műszergyár (gázmotor-erővel)
Károly-laktanya.

Állandó nagy raktár orvos-sebészeti műszerek, kötszerek, villanygépek, műtőszoba-berendezések, gyógygymnastikai és orthopaedial készülékekben.
— 1899. árjegyzék ingyen és bérmentve. —

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

Kiadja és a magyar egyetemek tanárainak, a fő- és székvárosi kórházak és egyéb gyógyintézetek fő- és rendelő orvosainak, továbbá köz- és magán-gyakorlat terén működő kartársaknak közreműködésével

SZERKESZTI: HÖGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

Társak a rovatok szerkesztésében: Bókay Árpád, Dollinger Gyula, Fodor József, Genersich Antal, Jendrassik Ernő, Kézmarszky Tivadar, Klug Nándor, Korányi Sándor, Lenhossék Mihály, Pertik Ottó, Plósz Pál, Réczey Imre, Taufer Vilmos, Thanhofer Lajos egyetemi tanárok.

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Imrédy Béla: A cholelithiasis pathogenesiséről és terapiájáról. 159. l.
Falta Marczel: A szív-érrendszerrel kapcsolatos szembőlmelegedésről. 161. l.
Reich Dezső: Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem II. (Réczey Imre tanár) sebészeti klinikumáról. A hydrocele gyökere műtétének értéke. 163. l.
Szilvassy János: A kigyómarások gyógyításához. 165. l.
Tárca. Deutsch László: A párisi Pasteur-intézet. 165. l.
Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. Hönyig Izso: Napi kérdések az életbiztosítás köréből. 166. l. — **Könyvismertetés. Bókay Árpád, Korányi Frigyes, Kéthly Károly:** A belgyógyászat kézikönyve. 167. l. — **Lapszemle. Általános kör- és gyógytan. Podgysotzki:** Myxomyceták, illetőleg plasmodiaphora Brassicae Woron. mint állati daganatok előidézői. (Zimmermann.) — **Közegészségtan. Cohn:** Új photometer. (Filep.) — **Abba:** A talaj szűrőképessége bakteriumokkal szemben. (Filep.) — **Belgyógyászat. Bloch:** Különböző tejtermékek és egyéb tápláló anyagok bakterium tartalma. (F-r.) — **Posselt:** A bronchitis fibrinosa és az asthma bronchiale pathológiája. (Hönyig Izso.) — **P. Marie:** Az orr és áll valószínűleg trophicus zavara. (—ts.) — **Crouzon:** A szem tie-je. (—ts.) — **Touche:** A corpus callosum tumora. (—ts.) — **Klippel:** A dorsalis regio tabese. (—ts.) — **Marie:** A bal cuneusban lágyulós gócz. (—ts.) — **Sabarés és Caban-**

nes: Meralgia paraesthetica. (—ts.) — **Gerhardt:** Kék színvaktság zsugorvesénél (Hönyig Izso.) — **Einhorn:** Egy új guajacolkészítmény. (Hönyig Izso.) — **Witthauer:** Chorea és láz. (Hönyig Izso.) — **Sebészeti. Eiselsberg:** A vulvulus és az invaginatio gyökere műtétése resectioval. (Manninger Vilmos.) — **Doebbelin:** Patellatörés. (Manninger Vilmos.) — **Coste:** A patellatörések gyógykezeléséhez. (Pécker Rezső.) — **Szüllészet. Braun Fernwald Rikárd:** További tapasztalatok a spondylolisthetikus medencéről. (Neumann Szigfrid.) — **Leopold:** A tubo-ovariális teresség. (Neumann Szigfrid.) — **Bőr- és bűjokórtan. Mirabeau:** Lymphangitis gonorrhoeica (Reich Dezső.) — **Fülggyógyászat. W. v. Bechterew:** A hallás agykérgi középpontja. (Ifj. Klug Nándor.) — **Kisebb közlemények az orvostudományról. Hirschhorn:** Tabes dorsalis gyógyítása. — **Bleuler:** Herpes zoster gyógyítása. — **Edlfsen:** Izületi csúsz. 169—171. l.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Egyetemi alkalmaztatások. — Balneologiai congressus. — Taufer Vilmos. — Högyes tanár Pasteur-intézet. — A budapesti önkéntes mentőegyesület. — A Taufer-féle szülészeti poliklinikum. — Elhunyt. — Megjelent. — Hibaigazítás. — Szt. Lukács-fürdő. — Herczel dr. — Baumgarten dr. 171. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A cholelithiasis pathogenesiséről és terapiájáról.¹

Imrédy Béla dr., egyetemi magántanár, kórházi főorvostól.

Tisztelt egyesület! Mai előadásomban a cholelithiasis, de főleg az epekökólíka pathogenesiséről szándékozom egyet s más saját észleléseim alapján, az irodalomban ma már általánosan elfogadott újabb nézeteknek megfelelően elmondani. Egyúttal meg fogom kísérleni az elmondandók figyelembe vételével a cholelithiasis terapiájának főbb elveit megállapítani.

A cholelithiasis terapiájának kérdése különben az utóbbi időben az orvosok figyelmét állandóan leköti. Ennek fényes bizonyítéka az, hogy úgy a hazai, mint a külföldi irodalomban számos, ezen kérdést tárgyaló tudományos közlemény jelent meg. Ezért előre is bocsanatot kell kérnem, ha csak azon szerzőkre fogok hivatkozni, a kikre fejtegetéseim közben feltétlenül szükségem lesz.

Mindenekelőtt czél szerű lesz az epekökólíka pathogenesisére vonatkozó régebbi nézeteket röviden vázolni úgy, a hogy azok a régebbi és részben még az újabb tankönyvekben és belgyógyászatokban le vannak írva. Ezek szerint az epekövek akkor idéznek elő betegséget, ha vándorútra kelnek és a szűkebb epeutakban beékelődnek. Az epekövek vándorlását az epehólyag összehúzódásai indítják meg. Az összehúzódó epehólyag az epekövet az epeutakba beszorítja. Az epehólyag és epeutak izomzatának contractioi a beékelte epekövet továbbhajtják, s a mint az epekö a choledochusba jutott, a pangó epének nyomása az izmoknak segítségére jön az epekö előre tolásában. A beékelte epekö mechanikus úton váltja ki az epekökólíkáknak nevezett tünetcsoportot. A beékelődés és az izomcontractio okozza a fájdalmat. A sárgaság a choledochus ürét teljesen elzáró epekö által előidézett epepangás következménye. A pangó epe a májat meg-

duzzasztja, az epehólyagot kitágítja. A láz pedig reflextünet. Az újabb belgyógyászatok az epekökólíkákat kísérő lázat már az epe infectiójára, cholecystitisre és cholangitisre vezetnek vissza. És bár ezen újabb művek mind hangsúlyozzák, hogy a cholelithiasis egyik leggyakoribb és legveszedelmesebb kísérője az epehólyag és epeutak lobja, mégsem méltatják kellőképen a cholecystitis és cholangitis viszonyát az epekökólíkákhöz.

Ha most még felemlitem, hogy a régebbi nézetek szerint az epekökólíka megszűnik, a mint az epekö a bélbe jutott vagy az epehólyagba visszaesett, mi különben a choledochusban levő epekövel már nem történhetik meg, és hogy az epekökólíkákat végleg elmaradnak, ha az összes epekövek eltávoztak, akkor röviden elmondtam azon régebbi nézeteket, melyek klinikai észleléseken és a boncolásoknál nyert tapasztalatokon alapulnak. Egészen másra tanítanak bennünket azon leletek, melyeket az operatioiok vagyis autopsia in vivo az utóbbi években szemünk elé tártak.

Igy 1893-ban a II-dik számú belklinikán egy 24 éves nőt észleltem, kinek kórtörténetét a cholelithiasis terapiájával foglalkozó és 1895-ben az Orvosi Hetilapban megjelent dolgozatomban már részletesen közöltem. Ezen nő már háromnegyedév óta sárgasággal és sokszor lázzal járó epekökólíkáknak szenvedett. A klinikai észlelés ideje alatt számos, olykor sárgasággal és lázzal súlyosított epekökólíkákat figyeltem meg nála, de a pontosan vizsgált bélsarában epekövet egy ízben sem találtam. A betegnél, mivel belső orvoslás javulást nem hozott létre és a beteg mindinkább elgyengült, műtét vált szükségessé. Dollinger tanár úr az összenövések szétválasztása után sem az epehólyagban, sem a háromszorosára tágult choledochusban epekövet nem talált. A beteg meggyógyult s a műtét után a kólíkáknak többé nem jelentkeztek.

Azon körülmény, hogy a beteg choledochusa háromszorosára volt kitágítva, kétségtelenné teszi, hogy epeköveknek per vias naturales kellett távoznia. De mivel a beteg bélsarában epeköveket nem találtunk, az epekövek valószínűleg már a beteg klinikai tartózkodása előtt mentek el. A műtét alkalmával epekövet nem találtunk, tehát a klinikai tartózkodás alatt meg-

¹ Előadatott a budapesti kir. orvosegyesület 1900. január 20-diki ülésén.

figyelt epekökólikákat epekő beékelődés nem hozhatta létre. Az összenövés által okozott vongalásból a fájdalmakat és az időnként jelentkező sárgaságot még megfejtethetők, de a kólikát kísérő lázakat már nem. És éppen ezen lázak utalnak arra, hogy az epeutakban lobos folyamat állott fenn, és hogy ez volt a kólikának okozója.

Másik észlelésem egy 60 éves nőre vonatkozott, kit 1894-ben ugyancsak a II-dik számú belklinika figyeltem meg hosszabb ideig. Ezen beteg körülbelül egy évig szenvedett már időnként jelentkező sárgasággal és néha lázzal egybekötött epekökólikákban. Egy ilyen epekökólika után a sárgaság állandó maradt. A beteg ezen állapotban vétette fel magát a klinikára. Az észlelés ideje alatt számos, a sárgaság múlt súlyosbodásával és lázzal járó epekökólikát észleltem nála, de a bélsarában epekövet nem találtunk. Műtét vált szükségessé s Dollinger tanár úr a terjedelmes összenövés szétválasztása után az epehólyagban 17 darab eseresznye-magnagságú, az epehólyagban szabadon úszó epekövet talált, melyeket el is távolított. A ductus cysticusban és a mutatóujjnyira kitágult choledochusban epekő nem volt. A beteg a műtét után meggyógyult s epekökólikák többé nem jelentkeztek.

Ezen esetben is azon körülmény, hogy a choledochus erősen tágult volt, kétségtelen jele annak, hogy epekövek per vias naturales távoztak. Az epeköveknek azonban a beteg klinikai tartózkodása előtt kellett távoznok, mert különben a beteg bélsarában megtaláltuk volna. De mivel a klinikai észlelés ideje alatt epekövek nem távoztak s a műtét alkalmával az epevezetékben nem, csak az epehólyagban találtunk az epében szabadon úszó epeköveket, ebből az következik, hogy a klinikán észlelt kólikákat epeköbeékelődés nem okozhatta. Nagyon valószínű, hogy a nagykiterjedésű összenövés a choledochust vagy összenyomták, vagy lefutásában megtörték. Ennek következtében az epe lefolyása állandóan meg volt akadályozva, s az icterus ezért nem is multhatott el. S ha még fel is veszszük, hogy ezen összenövés az epeutakat időnként még a szokottnál is erősebben vongálták, akkor az epekökólikák alatti fájdalmat és a sárgaság múlt fokozódását ebből még megmagyarázhatnók, a lázakat azonban nem. S ismét a láz utal arra, hogy ezen esetben is az epeutakban fennálló lob okozta az epekökólikákat. Az epeutak lobja mellett szolt ez esetben az is, hogy a műtét alkalmával az epehólyag alsó felületén friss rostonyás izzadmányt találtunk.

A saját észlelésemből származó ezen két eseten kívül az irodalomban számos oly esetet találunk leírva, melyeknél szintén biztosan ki lehetett zárni, hogy az epekökólikákat epekő beékelődés okozta volna. Mindezekben az epeutak lobjainak kétségtelen jelei voltak kimutathatók, miért is a kólikák kifejlődése a lobra volt visszavezethető. Ezen esetek tehát fényes bizonyítékai annak, hogy az epekökólikának nevezett tünetesoportot az epeutak lobja, cholecystitis és cholangitis is kiválthatja epekő beékelődése nélkül. Mindezeknél fogva ezen tünetesoport az epekőbeékelődésre nem jellegző és ezért helyesebb, ha az epekökólika nevet elejtve, ezen tünetesoportot egyszerűen epekökólikának nevezzük.

A cholecystitisnek és cholangitisnek a cholelithiasisnál való keletkezését illetően a nézetek némileg eltérők. Riedel szerint az epekövek az epeutakban mint idegen testek szerepelnek s maguk körül lobot válthatnak ki úgy, mint a test egyéb részeiben más idegen testek. A sebész gyakorlatában ilyen idegen test körüli lobbal (perialienitis, perixenitis) számtalanszor találkozunk a nélkül, hogy legtávolabbról is sejthetné, hogy mily viszonyok és okok működtek közre a lob kifejlesztésében. Tehát Riedel szerint a cholecystitis és cholangitis az epekő körül, mint idegen test körül kifejlődött lob, tehát nem az epe fertőzésén alapszik. A lob azonban utólag bacteriumok bevándorlása által fertőzővé válhatik. Ezen nézettel szemben Naunyn, Kehr és a szerzők túlnyomó része azt vallja, hogy a cholecystitis és cholangitis az epe infectioja által jön létre, tehát már kezdettől fogva fertőző. Nézetem szerint az utóbbi a helyes felfogás.

Naunyn és mások vizsgálataiból tudjuk, hogy az epe infectiojának elengedhetetlen feltétele az epepangás. Ugyanis szabadon lefolyó epében a bacteriumok nem képesek tenyészni, ellenben pangó epében igen jól megélnek, fejlődnek és szaporodnak. Cholelithiasisnál az epe pangására mindig bő alkalom nyílik, minél fogva az epeutakba valószínűleg a belekből bevándorló bacteriu-

mok tenyésztésükre sokszor találunk alkalmas talajt. A mint a bacteriumok az epében megtelepedtek, cholecystitist, illetőleg cholangitist idéznek elő.

Az epeutak fala a lob következtében megduzzad, vérbő lesz és az epeutak izomzata az erős inger folytán élénken összehúzódik. A lobos duzzadás és vérbőség, továbbá az izomzat erős contractioi fájdalmat okoznak. A lobos duzzadás azonban a finomabb epeutak nyákhártyájára is felterjedhet. Ez által a kisebb epeutak lumene szűkül, az epe lefolyása akadályozva van, mire epepangás áll be és sárgaság fejlődik ki. Ezen sárgaság lobos eredetű sárgaság (Riedel). De a lob felterjedhet az epeutakon keresztül a májsejtekre is és ezek működését akként zavarja meg, hogy azok az epét nem az epeutak, hanem egyenesen a vérédenyek felé választják ki. A májsejtek ezen működési zavarát Minkovszki az epe parapedesisének, Pick paracholiának, Liebermeister icterus akathectikusnak nevezi. Ilyenkor a sárgaság pár percz múlva már kimutatható. Az epeutakra áttérjedő lob a máj megnagyobbodásához vezet és az epeutakban fejlődő izzadmány az epehólyagot gyorsan kitágítja. Végül a lob következtében a test hőmérséke felemelkedik s ekkor magunk előtt látjuk azon tünetesoportot, melyet eddig általánosan epekökólikának neveztünk.

A mint a lob szűnik, az epekölika elmúlik, hogy újra megjelenjen, ha a lob fellobban vagy kiújul újabb bacterium invasióra. S így az epekökólikák végtelen sorban követhetik egymást a nélkül, hogy epekő beékelődne. Az epekölika minden egyes tünetét pusztán a lob által okozott elváltozások hozzák létre. Ha a lob az epehólyagon túl nem terjed, a kólikához sárgaság nem társul. Ha a kólikát sárgaság is kíséri, az annak jele, hogy a lob az epeutakra is áttérjedt.

Mindezekből az következik, hogy az epekövek nemesak akkor idéznek elő betegséget, ha vándorútra kelve beékelődnek, hanem akkor is, ha helyükön maradván alkalmat nyújtanak cholecystitis és cholangitis kifejlődésére. Ilyenkor azután megtörténhetik hogy az összes epekövek eltávazása után is az epekökólikák minduntalan újra jelentkeznek.

Ezért az epekökólikából epekőbeékelődésre egyáltalán nem következtethetünk, még akkor sem, ha az epekökóliához múlt vagy éppen állandó sárgaság csatlakozik. Már a második észlelésemben láttuk, hogy az állandó sárgaságot az összenövésnek a choledochusra gyakorolt nyomása és vongalása által okozott epepangás tartotta fenn. Egy másik esetben, mely egy középkorú férfibetegre vonatkozott, lassan fokozódó állandó sárgaság állott fenn. A beteg évek hosszú során át szenvedett tipikus epekökólikákban. Egy ízben a kólika alatt sárgaság jelentkezett, mely azután lassan fokozódott. A műtét alkalmával Dollinger tanár úr két nagy epekövet talált. Az egyik az epehólyagban feküdt, a másik kisebb a ductus cysticusban. Az epehólyagban geny is volt. Az erősen tágult choledochus szögletben megtörve a ductus cysticushoz volt növe és az ebben levő epekő a choledochust majdnem teljesen összenyomhatta. Ez esetben a choledochus szögletben való megtörése és a ductus cysticusban fekvő epekőnek a choledochusra gyakorolt nyomása tartotta fenn az epepangást. A beteg műtét után teljesen meggyógyult.

Cholelithiasisnál az állandó sárgaságot egyébként még a choledochus heges szűkületei, esetleg obliteratioja vagy az epeutak carcinomája is előidézhetik, de a choledochusba beékelte epekő vagy epekövek is lehetnek annak okozói.

De a mint az epekökóliához társuló múlt vagy állandó és intenzitásában változó sárgaságból nem következtethetjük azt, hogy epekő ékelődött be az epeutakban; éppen úgy az, hogy az epekölika nem járt sárgasággal vagy utána a sárgaság állandó nem maradt, nem zárja ki azt, hogy a choledochuson epekő nem haladt át vagy benne fenn nem akadt. Így a többi közt 1899-ben az osztályomon feküdt egy fiatal ember, ki már körülbelül egy év óta szenvedett epekökólikákban. A betegnek sárgasága soha sem volt. Osztályomon a betegnek majdnem minden nap volt epekökólikája s e közben bélsarában 3 darab kis, borsónyi, málnalakú epekövet találtunk. A harmadik epekő távozása után az epekökólikák megszűntek. A betegnél a sárgaságnak még nyomát sem tudtuk kimutatni. Ezen eset minden esetre bizonyítja, hogy még elég nagy epekövek távozhathatnak per vias naturales sárgaság nélkül. S ez annál feltűnőbb, mert azon körülmény, hogy a

betegnek sárgasága soha sem volt, arra vall, hogy a choledochuson át nagyobb epekövek nem távozhattak, s így a beteg choledochusa még rendes ürögattal bírt a kis borsónyi epekövek távozása alkalmával.

Más hat esetben kétségtelenül bebizonyult, hogy az epekövek hosszú ideig, néha hónapokig a choledochusban foglaltak helyet s négyénél csak múlt sárgaságot észleltem az epekólikák alatt. Két esetben azonban a sárgaság állandóan megmaradt. Ezen két beteg sárgasága két hónapnál tovább tartott s megszűnt, a mint az egyik beteg datolyamagnagyságú és alakú epeköve per vias naturales távozott és a másiknak egy centimeternél nagyobb átmérőjű, a choledochusban fekvő epeköve művi úton eltávolított. Tehát ezen esetekben kétségtelen, hogy a choledochusban fekvő epekő tartotta fenn az állandó sárgaságot, mert különben ennek távozása illetőleg eltávolítása után a sárgaság nem szűnt volna meg. Mivel a sárgaság mindkét esetben körülbelül két hóig tartott, azt is felvehetjük, hogy az epekő legalább is ugyanannyi ideig foglalt a choledochusban helyet.

A többi négy esetben a sárgaság csak az epekólikák alatt volt kimutatható, azután többnyire rövid idő múlva megszűnt, a bélsárban egy ízben sem találtunk epekövet. Mind a négy eset műtét alá került s mindegyikben a choledochusban találtunk egy vagy több, rendszeren egy centimeternél nagyobb átmérővel bíró epekövet. Ezen leletek a mellett szólnak, hogy az epekövek nem közvetlenül a műtét előtt kerültek a choledochusba, hanem hogy azok már régen ott voltak. A művi úton eltávolított epekövek sokkal nagyobbak voltak, semhogy ennyire megnövekedve az epeutakba beilleszkedhettek volna. Sokszor a ductus cysticus mérete is kizárta ennek lehetőségét, mert nem volt oly tág, hogy azon oly nagy epekő keresztülmehetett volna. Tehát ezen esetekben az epekövek sokkal kisebbek voltak, midőn a choledochusba jutottak, ott azután lassan nőttek, míg azon nagyságot elérték, melylyel bírtak, midőn operatioval napvilágra kerültek.

A choledochusba jutott és ott fennakadó epekő, mivel növekedésére ott épen oly kedvező viszonyokat talál, mint az epehólyagban, lassan nő. S minél tovább marad ott, annál nagyobbra nő és annál inkább elvész a remény, hogy még per vias naturales eltávozhassék. Az egy centimeternél nagyobb átmérővel bíró epekő, áttörés nélkül, per vias naturales már nem távozhatik. Az említett négy esetben az epekövek nagysága szól a mellett, hogy azok a choledochusban nőttek akkorára s így ezeknek nagyon hosszú ideig kellett ott lenniök.

De úgy ezen négy esetben, mint az előbb tárgyalt két esetben, jóllehet, hogy az epekövek huzamos időt töltöttek a choledochusban, az epekólikák nem voltak állandók. Más szóval az epekólika nem tartott az epekő beékelődésétől kezdve annak eltávozásáig, illetőleg eltávolításáig, hanem e közben megszűnt, majd ismét megjelent. Ugy látszik, hogy az epeutak a beléjük került epekövet megszokják és az epekólika megszűnik. Ehhez az epekő beékelődése után bekövetkező elváltozások nagy mértékben hozzájárulnak.

Ugyanis az epeutakba beékelte epekő az epeutak falaira nagy nyomást gyakorol és ezt a choledochusban fekvő epekőnél a pangó epe nyomása még fokozza. Az epeutak fala ezen nyomásnak enged, az epeút kitágul, erre a beékelődés és az epekólika megszűnik. De az epeutak rugalmassága ezen túlfeszítés alatt elvész és az epeutak tágak maradnak. Ezentúl már az epekő beékelődés útján epekólikát nem válthat ki, mert az epeutakban jól elfér. Tehát epekólika ilyenkor csak akkor léphet fel, ha az epeutakban oly elváltozás jön létre, mely az epeutak hirtelen szűkülésére vezet. Ugyan tudjuk azt is, hogy az epekő az epeutakban lassan nő, de mivel ez lassú folyamat s úgy látszik vele az epeutak tágulása lépést tart, az epekő növeése magában véve epekólika keletkezésére nem ad alkalmat. Ehhez az epeutak hirtelen szűkülése kell. Erre pedig legalkalmasabb az epeutak lobja, cholangitis, mely az epeutak nyákhártyájának hirtelen duzzasztása által azokat tetemesen szűkíti. Ekkor az epekő újra beékelődik s beáll az epekólika, melynek előidézésében a főszerep a cholangitisnek jut s melyről tudjuk, hogy epekólikát egymagában is képes kiváltani. A cholangitis alábbhagyásával vagy megszűnésével az epekólika is alábbhagy, vagy megszűnik, hogy újra

jelentkezzék, ha a lob kiújul. S a mint az epeutak lobja egyszer befészkelte magát, akkor az epekólikák végtelen sorban követhetik egymást.

Ezen hat felsorolt esetben, melyekben az epekövek kétségtelenül hosszú időn át foglaltak a choledochusban helyet, az epeutak lobjának többé-kevésbé biztos jelei voltak kimutathatók, miért is igazolják azon feltevést, hogy az epekólikákat az epeutaknak az epekő beékelődését követő tágulása után lobos folyamat idézi elő. Egyik esetben az epehólyagban genynyel kevert epét találtunk. Másik esetben a choledochus megnyitása előtt abból kellő aseptikus cautelákkal Pravaz-fecskendő segítségével epét vettünk ki. Ezen epéből bacterium coli communét nyertünk tenyésztés által. A harmadik esetben a choledochus egyik varrata nem tartott, epe ömlött ki a hasürbe és a beteg rövid idő alatt sepsisben elpusztult. Ez arra vall, hogy ezen esetben is az epe inficiálva volt. Végül a többiekénél azon körülmény, hogy a sárgaság röviddel az epekólika jelentkezése után már ki volt mutatható, szól a mellett, hogy a sárgaság lobos eredetű volt. A sárgaság csak akkor köszönt be oly gyorsan, ha lobos eredetű. Azon sárgaság, melyet epepangás hoz létre, hosszabb idő múlva jelenik meg, mert az epének bizonyos mértékig fel kell szaporodnia, mielőtt a véredények felé ömlik a felesleg.

(Folytatása következik.)

A szivárványhártyaelőesés therapiája szemblenno-rrhoeánál.

Irta *Falta Marczel* dr., szem- és fülorvos Szegeden.

(Vége.)

A mint a genyedő stadium kezdetét veszi, mit a szemhéjak bőrének roncsolásából is felismerhetünk, már erélyesebben kell a szem belső nyomását csökkenteni, mivel egyrészt a szemhéjak nyomása is szűnőfélben van, másrészt pedig a nyomókötest még mindig nem alkalmazhatjuk a prolapsus ellen, mivel a geny visszatartásával csak súlyosbodnék a megbetegedés. E célból napjában 4–5-ször cseppentek pilocarpint, de ha lehet, áttérek az eserintre és ennek $\frac{1}{2}$ százalékos oldatából cseppentek napjában kétszer. Hozzávéve még az így elért hatáshoz azt is, hogy a beteg szemét e stadiumban rendszeren csukva tartja, vagy elég gyakran acut ptosis is van jelen, épen elegendő arra, hogy a szivárványhártyaelőesés növekedését a genyedés szűnéséig megakadályozzuk, sőt az elérhető gyógyulás is szépen haladhat előre.

A mint a genyedő stadium megszűnt, secretum nincs, vagy ha van is, már csak catarrhalis, azonnal rá kell térni a nyomókötesre, nem szükségesek bevárni, míg a catarrhalis secretio is elapad. A nyomókötes mellett jodoformot vagy xeroformot hintek a szembe és ez elegendő arra, hogy a catarrhalis secretio a kötés alatt nemhogy bajt ne tegyen, hanem teljesen megszűnjék. Távol áll tőlem, hogy a jodoform kitűnő hatását kétségbe vonjam, sőt a hol lehet, magam is alkalmazom, de ha csak az egyik szem van megbetegedve és a másik kötés nélkül marad, akkor a xeroformnak feltétlen előnyt adok, mivel ez utóbbi sokkal finomabb porú és a szem mozgásainál sem fejt ki oly mechanikus ingert, nem izgat úgy, mint a jodoform. Ha mind a két szem kötve van, akkor a jodoformot bizvást lehet használni.

A nyomókötest naponta újítani kell, a midőn pilocarpint, vagy, ha lehet, eserint cseppentek a szembe.

Ily gyógyító eljárás mellett a legkedvezőbb eredmény érhető el. A szivárványhártyaelőesés fokozatos kisebbedése csakhamar szembetűnő lesz. A kékesfekete irist vagy a szürkésvörös sarjszövetet mindinkább egy jól consolidált szürkésfehér heg borítja be és leszorítja a szaruhártya niveaujára. Ha a prolapsus már teljesen eltűnt, akkor a nyomókötest elhagyhatjuk és még néhány napon át eserint cseppentünk a szembe. Nagy súlyt kell fektetni arra, hogy a nyomókötes csakugyan megfelelően nevének és kellő mérvben, továbbá kellő ideig, türelemmel és kitartással alkalmaztassék. Így a várt eredmény sohasem fog elmaradni.

Ha a szivárványhártyaelőesés meggyógyult — természetesen relativ gyógyulást értve —, akkor két-három hónapig pihentetjük a szemet. Azután, ha látás-javítás vagy kosmetikai szempontból,

vagy bármely más okból szükséges, végrehajthatók a különféle műtétek, a nélkül, hogy a fertőzés nagy veszélyével szemben találunk magunkat.

Három érdekesebb esetet fogok leírni az intézetemben utóbbi időben előfordult blennorrhoeás szivárványhártyaelőesések közül.

I. R. I., öt hetes kis fiú, 1897. május 8-dikán jutott kezelés alá. Mindkét szem blennorrhoeája van jelen a pyorrhoea stadiumában. A baj 4 hét óta áll fenn. Jobb szemem teljes iris-prolapsus, csak mintegy 1 mm.-nyi cornealis szegély látszik. A bal szemem alul kívül a szaruhártyán kiskölesnyi keratocele. Lapis-ecsetelés, kétszer naponta eserin, bal szemre jeges borogatás, kalium hypermanganicum kiöblítések; május 17-dikén már nincs geny, jobb szemem a prolapsus szürkésvörös sarjait alulról fehéresszürkés heg kezd bevonni, láthatólag kisebb, bal szemem keratocele változatlan. Ekkor mindkét szemre nyomókötés, eserin, jodoform. Május 30-dikán jobb szemem kis meggyagnyi iris-prolapsus, bal szemem keratocele nincs, helyén cornealis hegcsövet, szivárványhártya hozzá húzódott, a szem békés, a pupilla szabad, körtealakú, szűk. Kötés csak a jobb szemre, jodoform helyett xeroform. Junius 27-dikén prolapsus teljesen eltűnt, helyette leukoma adhaerens van jelen. Kötés elhagyatik. Néhány napig eserin és a beteg elbocsátatott teljesen békés szemekkel és a bal szemem visszal, a mennyiben a feléje nyújtott fényes tárgyak után kapkod és tekintete nem tévedeg.

A beteget nem láttam 1899. február 7-dikéig, midőn a szülők magukhoz kérték, mivel kis gyermekük már egy hét óta nagyon beteg, nem eszik, éjjel-nappal folyton sír és a jobb szeme erősen kidagadt. Kérdezősködéseimre elmondják a szülők, hogy a gyermek elég jól látott. Megvizsgálva a beteget, bal szem békés, kis kölesnyi heg a corneán alul kívül, iris hozzáhúzódtott. A jobb szem héjai erősen puffadtak, csak nehezen nyithatók, kóros váladék nincs, erős könnyezés; alapján vastag, szürkésfehér, eres, közepén igen elvékonyodó, kékesfeketén áttetsző, erősen ki-domborodó total staphyloma, ciliaris injectio igen kifejezett, gyermek különösen a bulbus érintésére nagyon sír. A szülők azt hiszik, hogy valami ütés érhetette a szemet, egy hét előtt még teljesen békés és épen akkora volt, mint a másik szem. Pilocarpin, jodoform, nyomókötés mindkét szemre, a beteg szemre jobban rászorítva, mint a békésre.

Február 19-dikén csak a jobb szemre kötés, miután sokkal békésebb, a palpebrák nem puffadtak, staphyloma felényi. Pilocarpin. Jodoform helyett xeroform. Március 31-dikén staphyloma helyét ismét a leukoma adhaerens foglalja el. Bulbus kissé laposabb és kisebb, mint a másik oldalon.

Ezen eset tehát bizonyítja, mennyire jogosult a conservatív kezelés a blennorrhoeához szövődött prolapsusnak nemcsak acut stadiumában, hanem még későbbi exacerbatiojánál is. Bizonyíték továbbá arra, hogy a rendkívül kedvezőtlen viszonyok dacára — a bal szemem cicatrix adhaerens —, ha a prolapsus nem sérüléssel, nem kell tartani a sympathikus gyuladástól.

II. M. H., 19 éves agyagedénymunkás, 1899. január 19-dikén jelentkezett.

Jobb szeme teljesen bedagadt, szemhéjak mintegy tyúktójságyira duzzadtak, deszkakemény tapintatúak. Szemrészről hűs-lészerű váladék ömlik kifelé.

Bulbaris conjunctiva nagy mérvben chemotikus, sáncszerűen ráfekszik a még teljesen ép corneára. Rövid idő óta blennorrhoea urethralisban szenved. Hideg alkalmazására és antiseptikus kiöblítésekre ötödnapi annyira lelapadt a szem, hogy könnyen szét lehetett tártani a héjakat és peritomiát végezni, mivel a corneára még mindig ráfeküdt a bulbaris kötőhártya és már alul kívül a cornea szélén kis ulcus mutatkozott. Profus genyedés. Atropin. Másnapra perforatio és borsónyi iriselőesés. Heves fájdalmak. Négy-szer naponta pilocarpin, gyakori bor-bornatron kimosások, lapis-ecsetelés. Cornealis bántalom nem terjedt, prolapsus nem növekedett.

Február 8-dikán genyves váladék már megszűnt. Sem fájdalom, sem kifejezett ciliaris injectio nem lévén jelen: eserin. Xeroform és nyomókötés. A szem e kezelést jól tűrte, a prolapsus alapjáról szürkés heg húzódik rá, fokozatosan kisebbedik és három hét alatt elérte a szaruhártya niveauját.

Március 11-dikén szem békés, a corneán kis borsónyi szürkésfehér, közepén kissé kékelő (iris) heg. Beteg collyriummal elbocsátatott.

Az egész gyógyítás tartama alatt a bal szembe naponta kétszer 1:1000 sublimat-cseppentetett, úgy a heveny urethral blennorrhoea, mint a másik szem ugyanily bántalma miatt prophylaxis szempontjából.

Három hó múlva beteget újra láttam, midőn jobb szeme teljesen békés volt, cicatrix adhaerens, pupilla körtealakú, szabadon mozog. Látás ugyanolyan jó, mint a másik szemem.

Tehát itt alig pár órási prolapsussal volt dolgom, mégsem kíséreltem meg a repositiot, a mit bizonyára megteszek, ha nem blennorrhoea vagy egyéb súlyos fertőző bántalom van jelen. Mérlegelve azonban a repositioval elérhető eredményt, hogy a corneán csak marad heg és az iris rendszerint legalább laposan oda nő, még ha ily rövid idő óta áll is fenn az előesés, épen nem billen a mérleg az általam követett kezelés rovására, sőt sokkal kevesebb veszély fenyegeti a szemet, mivel belsejébe ily kezelés mellett a contagium nem juthat be. Eserin erőlyes alkalmazása ez esetben, azon czélból, hogy a cornea széléhez közel előesett iris visszahúztatását megkíséreljük, egyrészt contraindikált, de másrészt felesleges is lett volna. Contraindikált azért, mivel heves ciliaris fájdalmak voltak jelen és iridoeyclitisre vezethetett volna, felesleges pedig azért, mivel általa is ugyanazt az eredményt érthettük volna el, mint a repositioval és e mellett a fertőzés veszélye is fenforog.

III. Cs. F., 31 éves szabó, 1898. október 7-dikén jelentkezett. Jobb szeme öt hét előtt betegedett meg, nagyon be volt dagadva és sok geny jött ki belőle, óriási fájdalmai vannak, különösen éjjelenként, más oldalról kezelés alatt volt jelentkezése napjáig.

Vizsgálatra a következő találtatott: A bal szem ép. Jobb szemét nem bírja a beteg teljesen behunyni, mivel ebben egy jó mogorónyi szürkésvörös kidudorodás, prolapsus iridis totalis centralis akadályozza, csekély fokú ciliaris injectio. Egyébként a szem nem genyed, szemhéji conjunctivák, átmeneti redők vérdúsak, kevésse duzzadtak. Blennorrhoea urethrae subacuta.

Eserin, xeroform, szemhéjak ráborítva a prolapsusra, nyomókötés. Pár napig elég jól tűrte e kezelést, majd kiállhatatlan fájdalmak léptek fel újból, mire az eserin 2% pilocarpinnal cseréltem fel.

Gyors javulás, prolapsus szemlátomást kisebbedik, fehéresszürke heg húzódik rá és szorítja le, 7 hét alatt teljesen elérte a cornea niveauját. November 2-dikán elbocsátatott. Jobb szem épen akkora, mint a bal, fehéresszürkés, helyenkint kékesen áttetsző leukoma adhaerenssel.

Ez esetben a punctioval vagy esetleg lencsekibocsátással hamarabb érthettünk volna czélt. De ki biztosíthat arról, hogy a blennorrhoea contagiuma — mert, hogy blennorrhoea volt a szemben, az nyilvánvaló — már végleg eltűnt a szemből és így az ejtett seben keresztül nem jöhet-e létre fertőzés; avagy nem soroztuk-e a prolapsust a műtét által a sérüléssel prolapsusok közé, a melyeknél oly gyakori a sympathikus gyuladás. A döntő természetesen az, hogy semmiféle műtét által jobb eredményt el nem érthettünk volna.

Tanulságos ez az eset még a pilocarpin és eserin közti hatáskülönbség feltüntetése is. Minthogy a ciliaris injectio nem valami kifejezett, megkíséreltem az erőlyesebb eljárást, az eserin alkalmazását. Néhány napig javulás és rosszabbodás váltakoztak, majd oly heves mértékben léptek fel a fájdalmak és a ciliaris injectio is oly fokú lett, hogy kénytelen voltam az eserinnel felhagyni, és a mint áttértem a pilocarpinra, gyors javulás következett be. És épen ez volt egyike azon eseteknek, melyek felhívták arra a figyelmet, hogy az eserin és a pilocarpin összehatásaikban különböznek egymástól.

Ha tekintjük, hogy mily gyakorlati fontosságú e tárgy, úgy indokolt volt azzal kissé behatóbban foglalkozni. A blennorrhoea egyike a leggyakoribb szembajoknak. Különösen oly helyeken lép fel, hol vagy nincsenek bábák vagy tanulatlanok ezek, vagy a prostitutio kevés vagy épen semmi egészségügyi ellenőrzés alatt nem áll. És épen az ily kisebb helyeken vagy nincs szakorvos, vagy általában külső technikai okok akadályozzák az orvost

a műtévesben. És e szempontból is csak üdvös, ha oly betegségeket, melyeknél általában a műtét volt indikált, következetes békés terapiával meggyógyíthatunk. Ilyen betegség a blennorrhoea oculihez szövődött szivárványhártyaprolapsus is.

Röviden összegezve a dolgot:

A szemblennorrhoeához szövődött szivárványhártyaelőesésnél minden műtét mellőzendő.

A látás javítása céljából, kosmetikai szempontból vagy általában bármi más okból, csak 2–3 hó elteltével a prolapsus gyógyulása után engedhető meg a műtéves, ha csak secundaer glaucoma nem kényszerít idő előtti beavatkozásra.

Souverain szer az eserin, illetőleg pilocarpin. Atropin ellenjavasolt.

Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem II. (Réczey Imre tanár) sebészeti klinikumáról.

A hydrocele gyökeres műtétének értéke.

Irta *Reách Dezső* dr. műtőorvos.

(Vége.)

6. F. J. 19 éves, r. k. kosárlövő; a jobb borékfél duzzanatát három év óta észleli. 20 cm. hosszú, 20 cm. széles, majdnem teljesen gömbalakú, a lágyéksatorna külső nyílása felé elhatárolt hydrocele, melyen 1889 november 6-dikán végeztetett punctio. December 5-dikén gyógyulva távozott.

7. R. J. törökszentmiklósi születésű, 52 éves, nős, napszámos. Jobb heréje 5 hó előtt kezdett megdagadni, fájdalmas azonban csak bejövetele idején lett. Herezacskó gyermekfejmekkoraságú, a lágyéksatornába is folytatódó terimenagyobbodást mutat, mely rugalmas tapintatú, biborvörösen áttetsző.

1890 november 10-dikén punctio, 500 gm. sárga savó; a folyadék kiürítése után a herével összefüggő, férfikölnyi, dudoros felületű, kemény, tapintatú daganat éles határokkal, mely a canalis inguinalis nyílásán az ondósinór mentén befelé folytatódik.

November 20-dikán castratio. *Sarcoma testis.*

December 4-dikén gyógyultan távozik.

8. B. F. 55 éves, rk., abonyi születésű, gazdász. 10 hónap óta fennálló, strucztojságnagyságú és alakú baloldali hydrocele, melyben here nem tapintható ki.

1890 június 4-dikén punctio, jodtinctura befeccskendezés, 500 gm. tiszta sárga savó.

Június 6-dikán gyógyulva elbocsátott.

9. F. G. fehérgyarmati szül., 21 éves, tanító, baloldali hydrocele. Julius 1-jén punctio, 500 gm. tiszta savó, jodtinctura. Julius 2-dikán 38-50 C.

Julius 7-dikén gyógyultan elbocsátott.

10. T. J. devecseri szül., 67 éves, napszámos, egy év óta fennálló jobboldali, két férfikölnyi hydrocele, melyből 1890. október 25-dikén punctioval 400 gm. tiszta savó lebecsátva, Lugol-befecskendezés. Reactio nélkül gyógyulva, november 4-dikén elbocsátott.

11. P. J. 46 éves, budapesti napszámos. Baja állítólag 1883-ban minden alkalmi ok közbejötté nélkül keletkezett. 1888 április havában műtéve lett, mikor állítása szerint igen sok sárgás folyadék ürült a borékból. Műtét után sokáig fájdalmasak voltak heréi, de újabb műtétnek nem vetette alá magát. Jobboldali hereborék teriméjének kétszeresére megnagyobbodva, bőr feszes, szederjesen elszinesedett, hullámzó, át nem fetsző bennékel. 1890 november 1-jén narcosisban radicalis műtét (Volkman szerint). Here és mellékhere duzzadt, fájdalmas. November 5-dikén varratok szétváltak, sebszélek üszkösödtek; körülnyírás, nyílt kezelés, jodoformkötés; november 10-dikétől naponta kötés; funiculitis.

Burkok necrotizálnak, azok eltávolítása leválasztás által. December 2-dikán nagy retentio ellen drainső. December 10-dikén drainső eltávolítása, élénk sarjadzás. December 18-dikán gyógyulva elbocsátott.

12. W. M. 28 éves, izraelita, nős, szénkereskedő, jobb herezacskójában 2 év óta vesző észre nagyobbodást, egy év óta gyermekfejnői tojásdadalakú hydrocele, melyben herét kitapintani nem lehetett, baloldali here normalis. 1890 december 20-dikán punctio, 0.5 liter sötét sárga savós folyadék. Lugol-oldat befeccskendezés. 1891 január 3-dikán tumor kétököllyi, nem feszült, nem érzékeny. Javultán távozik.

13. K. J. 39 éves, szentmártoni szül. postaszolga. Két év óta alkalmi ok nélkül fejlődő, 4 hónap óta gyermekfejmekkoraságú baloldali hydrocele, melyben a here nem tapintható ki. 1891 május 15-dikén punctio. Másnap elbocsátott.

14. B. Gy. 40 éves, bogárdi szül. napszámos, másfél év óta fejlődő, két férfikölnyi jobboldali hydrocele.

1891 július 2-dikán punctio, jodtinctura-befecskendezés. Julius 9-dikén gyógyult.

15. Sz. S. 38 éves, nős, földmives, Egerláról; 1891 október 19-dikén bal heréjét megütötte, mely ütés után észreveszi, hogy ugyanazon here fájdalomtalanul dagadni kezd; decemberben kétököllyi; ekkor megcsapolták és állítólag tiszta vér ürült; januárban ismét operálták és ekkor csekély sárgás folyadék ürült.

A herezacskó bal felében tojásnagyságú, az inguinalis gyűrűig terjedő, fluctuáló, nem fájdalmas, ép bőrrel fedett daganat tapintható, melynek alsó belső negyedében az ép here található; a daganat áttetsző. 1892 március 3-dikán punctio, Lugol-oldat-befecskendezés, ezt követő nagyfokú hányás, mely csak hosszas nyugalom és a herére alkalmazott jégtömlőre szűnik meg. Március 6-dikán fájdalomsság megszűnt, tapintás a frissen esett hóhoz hasonló ropogást mutat. Elbocsátott.

16. A. M. 16 éves, nőtlen, balassagyarmati szabóinas, 1889 június havában sérve támadt, valamely nehéz láda felemelése folytán, kizárási tünetekkel; taxissal reponáltatott. Október 26-dikán ismét kiszorult, ekkor taxis nem sikerülvén, herniotomiát végeztek rajta; ezután teljesen jól érezte magát. 1892 március 14-dikén vett észre herezacskója jobb oldalán egy daganatot; azon hiszemben, hogy újlag sérve keletkezett, salmiákszeszt ivott öngyilkossági szándékkal. Lágyéksatorna külső gyűrűje felé tisztán elhatárolt, almamekkoraságú terimenagyobbodás, melynek alsó végén különállóan a rendes minőségű here tapintható. (Hydr. funic. sperm.) 1892 április 4-dikén punctio, 50 gm. tiszta savó, jodbefecskendezés. Április 16-dikán gyógyultan elbocsátott.

17. K. J. 13 éves, tanuló. Galambtojsányi hydrocele funiculi spermatici. Műtétbe nem egyezik.

18. T. M. 26 éves, nagyabonyi, díjnok. Két férfikölnyi jobboldali hydrocele, melynek eredetét ütésre vezeti vissza, melyet heréjén két évvel felvétele előtt szenvedett. 1893 május 7-dikén *radicalis műtét* végeztetett a *tömlő részleges* kiirtásával. Május 24-dikén gyógyulva távozik (17. nap). Recidiva nem mutatkozott.

19. P. A. turócszentmártoni, 50 éves, nős, földmives. Kétoldali nagy férfikölnyi, tojásdad alakú, már egyszer pungált hydrocelevel jelentkezett 1893 június 11-dikén. A jobboldali here szabadon van határolva, a hereborék terimenagyobbodásának jobb felső zugában, a bal here nem tapintható ki. Operatio nélkül távozott.

20. K. M. karádi születésű, 39 éves, távirólistizt. Két év óta bal, öt hónap óta jobboldali herezacskójának nagyobbodását észleli. 12 év előtt kankó, 10 év előtt baloldali mellékherelob. A jobb- és baloldali herezacskó teriméjében megnagyobbodott, mintegy férfifejnagyságú; a bőr a jobboldali felett feszesebb, baloldali felett kevésbé és be is nyomható. Jobboldali zacskófélen alul egy keményebb, galambtojsá mекkoraságú, körülírt, nyomásra fájdalmas, baloldalt pedig egy lúdtójsá mекkoraságú test.

1893. július 21-dikén jobboldali radicalis műtét, narcosis nélkül. Julius 28-dikán varratok eltávolítása, prima reunio. Augusztus 1-jén baloldali hydrocele pungálása és jodtinctura befeccskendezése. Tekintettel azonban arra, hogy a hydrocele folytonosan nagyobbodott, augusztus 30-dikán baloldali radicalis műtét, cocain-anaesthesiával, lobos mellékhere. Szeptember 15-dikén baloldali gyermekkölnyi vérömlenyvel gyógyulva távozik.

21. J. M., pruzsina születésű 34 éves napszámos. Acut blennorrhoeához és szövődményes baloldali mellékherelobhoz párosult diónyi hydrocele, mely 1893. szeptember 21-dikén a hevesebb lohtünetek lezajlása után punctioval és jodtinctura-befecskendezéssel operáltatott. Október 6-dikán gyógyultan távozott.

22. D. B., letenyi születésű 23 éves kovács. Nagy körtemekkoraságú és alakú baloldali hydrocele. 1893. szeptember 12-dikén radicalis műtét a tunica vaginalis részleges kiirtásával. Lázalan lefolyás, prima reunio. Szeptember 21-dikén gyógyulva kibocsátott.

23. B. J. szolnoki születésű, 33 éves, nős eszmadia. Állítása szerint 14 hónap előtt, a nélkül, hogy okát adhatná, jobb heréje dagadni kezdett, míg ökölmekkoraságot elérve, az egész jobb herezacskót kitöltő, azt feszültté tevő daganattá vált, mely azután lohadni kezdett; lohadásával párhuzamosan nagyobbodott bal heréje, eleinte lassan, utóbb mindinkább rohamosan, egyszersmind fájdalmas lett. A jobb herezacskóban a rendes nagyságú here kitapintható, fölötte, vele összefüggésben egy a here nagyságának megfelelő, kissé laposabb, síma felületű és keményebb tapintatú terimenagyobbodás. Baloldalt két férfikölnyi cylindrikus hydrocele. 1893 december 20-dikán radicalis műtét a tunica vaginalis részleges kiirtásával baloldalt. A fentebb leírt jobboldali terimenagyobbodás a tunica vaginalisnak a herével szorosan összekapcsolódott kötőszöveti hypertrophiájának bizonyult. Teljesen reactio nélküli lefolyás, 1894. január 3-dikán gyógyulva elbocsátott.

24. M. J. dunakelecei, 42 éves lakatos, férfikölnyi hydrocele jobboldalt. 1893. december 28-dikán operáltatott radicalis metszéssel, a tunica vaginalis részleges resectiojával; reactio nélküli lefolyás, 1894. január 20-dikán elbocsátott.

25. St. Gy. óbudai lakatos, 33 éves; állítólag három év előtt megütötte magát, azóta dagadt jobb heréje lassan. Kötőmekkoraságú jobboldali hydrocele, melynek alsó belső segmentumán a here kitapintható. 1894. február 20-dikán radicalis műtét. Március 1-jén gyógyult.

26. L. J. solti születésű 25 éves földmives. Kétszer volt blennorrhoeája, mely következtében baloldali mellékherelobja keletkezett, mely majdnem észrevétlenül átmént a bal heréjében most levő, mintegy lúdtójsámekkoraságú hydrocelebe, melynek alsó hátsó részében tapintható a here, hereérzést keltve. 1894 május 19-dikén cocain-anaesthesiával végeztetett radicalis operatio. 8 nap múlva teljesen elsődleges egyesülés. Június 6-dikán gyógyultan távozik.

27. T. M., 39 éves nős földmives, alkalmi ok nélkül, másfél év óta fejlődő férfikölnyi, körtealakú jobboldali hydrocele, melynek alsó részében a here különállóan kitapintható.

1894. november 17-dikén radical operatio. Teljesen prima egyesülés. December 1-jén elbocsátott.

28. K. M. pásztói születésű, 29 éves, mozdonyfűtő, 4 év óta lappangóan fejlődő jobboldali két férfikölnyi, körtealakú, alsó segmen-

tumán kitapintható herével bíró hydrocele. Radicalis műtét 1894. július 3-dikán. Reactio nélkül július 21-dikén gyógyult.

29. K. F. csehországi születésű, 52 éves napszámos, jobb scrotum-fél fájdalommal kezdett növekedni kezdett 8 hónap előtt. Nagy férfi-ökölnyi hydrocele, melynek felső kisebb részlete nyomásra a hereérzést adja, felső határa a lágyékesatorna külső nyílásánál végződik. 1894. augusztus 17-dikén műtét chloroform-narcosisban; radicalis hydrocele műtét, mely közben kiderült, hogy úgy a here, mint a mellékhere gümösen eltávolított. 1894. november 5-dikén radicalis műtét. Prima; november 15-dikén távozik.

30. Sz. Gy. Baloldali hydrocele fejlődött a jobboldali megszűntetése után; férfi-ökölnyi, körtealakú, melynek hátsó részén a here tapintható. 1894. november 5-dikén radicalis műtét. Prima; november 15-dikén távozik.

31. Sz. J. 44 éves, szerb kereskedő. Két hó óta jobboldalon fejlődő gyermekfejnyi terimemegnagyobbodás; a külső lágyékesatorna nyílása előtt egy galambtojásnyi, ide-oda mozgatható, hereérzést keltő test. 1894. október 24-dikén radicalis operatio. Per primam egyesülő seb-
szélek. Beteg közben acut nephritist kap. November 22-dikén gyógyul-
tan távozik.

32. M. J. 53 éves, békási gyári munkás; 5 hónap óta fejlődő férfi-ökölnyi hydrocele, melynek alsó hátsó részén az ép here tapintható ki. 1895 március 1-jén hydrocele radicalis műtétje. Lefolyás láztalan. Már-
cius 8-dikán fonalak kiszedve, gyermekökölnyi vérömleny. Március 15-dikén fonálgenyedés a mélyből. Április 1-jén gyógyult.

33. L. S., 20 éves, budapesti kereskedő, 6 év óta fejlődő, az apertura can. inguin. externába folytatódni látszó funiculus hydrocele, melynek alsó határán az ép here kitapintható. (2. alatt leírt eset.) 1889 február 26-dikán punctio és Lugol-befecskendezés. 1895 március 5-dikén radicalis operatio, március 21-dikén gyógyulatan távozik.

34. V. K., 46 éves nemeskeresztúri bodnár. Nyolcz hónap óta növekedő, férfi-ökölnél nagyobb, körtealakú hydrocele, melynek hátsó alsó részében van a here. 1895 május 22-dikén radicalis operatio; láz-
talan lefolyás, június 1-jén gyógyult.

35. P. M., 41 éves, váci földmives. Hét hónap óta fejlődő bal-
oldali hydrocele, felül hátul az ép here tapintható ki.

36. T. I. jászladányi, 50 éves, nős napszámos. A klinikumra jövele előtt kocsi gázolta el; azóta bal heréje fokozatosan nagyobbo-
dott, bal borékfél orsóalakú, 18 cm. hosszú, 10 cm. széles; a jobb szabad here a terimemegnagyobbodás jobb felső részén látható, a bal here helyzetére abból következtethetünk, hogy a beteg a daganat hátsó felső részére gyakorolt nyomásnál ugyanolyan érzésről panaszokodik, mint mikor a jobboldali herét nyomják; 1895 május 18-dikén radicalis operatio; május 30-dikán gyógyulatan hagyja el a klinikumot.

37. B. M., bars megyei, 54 éves, napszámos. Két év óta fejlődő nagy férfi-ökölnyi hydrocele, melyben a here hátul felül tapintható. Radicalis metszés 1895 szeptember 6-dikán. Gyógyulva távozik szeptem-
ber 24-dikén.

38. P. J., 38 éves bugyi-i születésű, nős, gyári munkás. Három év óta kimutatható ok nélkül fejlődő, közel csesemőgyermekfejnyi jobboldali savógyülem, mely 1895 szeptember 18-dikán radicalisan operálva lett. Beteg október 2-dikén gyógyulatan távozik.

39. H. O., 17 éves, veszprémi születésű, földmives (bemutatva 1896 január 15-dikén a közközhízi orvostársulatban Réczey tanár által). Mindkétoldali hydrocele, mindegyik gyermekfejmeckorosságú; a baloldali betérjed a lágyékesatornába; a méretei által feltűnő hydrocele legnagyobb átmérője 46 cm. 1896 január 18-dikán operálva, majdnem három liter folyadék ürült ki; január 25-dikén mindkétoldali varratok eltávolítása. Minden reactio nélkül gyógyult. Herezacskó kerülete 22 cm.; sagittalis átmérője baloldalt 10,5 cm., jobboldalon 10 cm.; leg-
nagyobb átmérő 11 cm.

40. Sz. M., hódmezővásárhelyi születésű, 24 éves, nőtlen kovács. Nyolcz hónap óta fennálló, jobboldali, körtealakú hydrocele, melynek hátsó alsó polusán van a here. 1896 február 21-dikén radicalis műtét, a here saját burkából azonban nem távolított el semmi. Március 30-dikán gyógyulva távozik.

41. B. I. 40 éves, bicskei nős juhász. Három év óta lassan fejlődő, 2 férfi-ökölnyi, körtealakú hydrocele, melyben a here felül hátul tapint-
ható; három hét előtt körülbelül 700 gm. folyadékot bocsátottak ki és fecskendeztek barna folyadékot be, ezután azonban óriási fájdalmai voltak és herezacskója jelenlegi nagyságát 2 hét alatt érte el. 1896 február 27-dikén radicalis műtét; folyadék barnás fibrinezfatokkal kevert, tunica 0,5 cm. vastag fibrinréteggel fedett. Március 14-dikén gyógyulatan távozik.

42. B. G., 49 éves, géplakatos. Öt év óta fennálló jobboldali lúdtójsányi hydrocele. 1896 március 13-dikán radicalisan operálva. Fájdalmatlanul nagy vérömleny fejlődik a borékban, mi miatt varratok eltávolítva. Naponkint kötöttestett, sarjadás rendkívüli lassúsága folytán csak május 19-dikén gyógyult. Gyógytartam 77 nap.

43. N. S., siófoki születésű, 39 éves, kocsizezett. Gyermekökölnyi baloldali hydrocele, here hátul alul. 1896 augusztus 12-dikén radicalis műtét. Augusztus 18-dikára prima reunioval elbocsátva.

44. Gy. A., 22 éves, nőtlen, nyitramegyei, kovácssegéd. Mindkét-
oldali hydrocele; jobboldali nagy gyermekfejnyi, here alul hátul; bal-
oldali kisebb, here nem tapintható. 1896 augusztus 12-dikén mindkét hydrocele egy ülsőben radicalisan operálva. Baloldali here kistokú fájdalommal duzzanata miatt a különben teljesen per primam egyesült borékkal bíró beteg csak szeptember 3-dikán kibocsátva. Gyógytartam 21 nap.

45. W. D., veszprémi születésű, 56 éves borkereskedő. 12 év óta fejlődő, férfi-ökölnyi jobboldali hydrocele; 1897 június 3-dikán radicalis operatio; június 17-dikén teljesen gyógyulva elbocsátott.

46. K. D., 11 éves, görög kertész fiú. Két hónap óta fejlődő bal-
oldali, lúdtójsányi hydrocele, fekvés és nyugalom által spontán vissza-
fejlődve; beteg 21 nap után műtét nélkül elhagyja a kórházat.

47. G. J., 20 éves, nőtlen kereskedősegéd. Gyermekfejnyi, jobb-
oldali, körtealakú hydrocele, melyben a here hátul felül kitapintható. 1897 szeptember 9-dikén radicalis műtét; szeptember 20-dikán gyógyult.

48. K. S., 23 éves szaponyi születésű földmives. Egy év óta fejlődő, gyermekfejnyi, körtealakú terimemegnagyobbodás, melynek hátsó alsó polusán van a tyúktójsányi érzékeny here. 1897 október 27-dikén radicalis operatio; november 10-dikén gyógyulatan elbocsátott.

49. H. K., torontálmezei 52 éves földmives. 12 év előtt heréjén zúzódást szenvedett, azóta heréje (bal) mindig nagyobb volt a túloldali-
nál, jelentékenyebb növekedés azonban csak egy év óta; jókora gyermekfejnyi baloldali hydrocele, a here a terimemegnagyobbodás hátsó alsó szélén tapintható ki, e helyen megnyomva subjectiv here-
fájdalom váltható ki. 1897 október 27-dikén cocain-anaesthesia mellett radicalis hydrocele-operatio. A hereborék bőre körülbelül 15 cm. hosszú metszéssel lett feltárva, az igen vastag tunica vaginalis commu-
nisból két harántujnyi csik ollóval eltávolítva és 1,5 liter folyadék le-
bocsátva. Október 28-dikán este 39,30. Október 29-dikén hőmérsék emelkedett, scrotumba 10 cm. hosszú bemetszés, scrotum-varratok, vala-
mint a tunica varratainak egy része eltávolítva, büzös sárgászöldes levegővel kevert geny ürül; sublimat-kötés. Azontúl naponkint kétszeri kötésváltatás, sok váladék, elhalt szentes zöldes szövetczafatok le-
lökődése. November 4-dikén láz megszűnt; rendes, kissé renyhe sarjad-
zás mellett beteg kissé behűződött seb-
szélek hegeivel a klinikumot gyógyulatan elhagyja december 20-dikán. Gyógytartam 54 nap. 1898 március 31-dikén két lencse- egész barmekkoraságú, 4—5 cm. mély fistulával jelentkezett az operatív metszés hegvonalában, evidement-nál fonálmaradványok emeltettek ki, melyek eltávolításával a járatok be-
gyógyultak.

50. T. P., 67 éves, árokszállási napszámos. Jobb borékfél egy év óta növekedik, eredeti térfogatának háromszorosa, gömbalakú, 1897 november 16-dikán radicalis műtét. November 27-dikén gyógyulatan el-
bocsátva.

51. K. Gy., 24 éves, nőtlen postatiszt. Jobb heréjét egy év előtt megütötte; azóta nagyobbodik; két férfi-ökölnyi hydrocele. 1897 január 29-dikén radicalis operatio. Február 18-dikán gyógyulatan távozik.

52. K. E., 18 éves, gyógyszerész-gyakornok, 8 éves korában 2 meter magasságról esett le és megütötte jobb heréjét; az akkor fájdalomtalanul megduzzadt, két hét óta a daganat erősen nagyobbodik és járaskor fájdalmas; férfi-ökölnyi, körtealakú; here hátul alul érezhető. 1897 február 19-dikén radicalis műtét. Február 28-dikán varratok el-
távolítása. Március 2-dikán gyógyulva távozik.

53. R. J., 37 éves, visnyiczai lakatos. Egy év óta alkalmi ok nélkül fejlődő, férfi-ökölnyi, tojásdad hydrocele, mely 1897 március 30-dikán műtéve lett. Beteg 12 nap múlva gyógyulatan távozik.

54. T. K., 17 éves, abonyi születésű földmives. Nagy férfi-ökölnyi mindkétoldali hydrocele; 1897 május 11-dikén radicalis műtét; május 31-dikén gyógyulatan távozik.

55. K. A., 39 éves, nős, egyetemi szolga. Hét év óta fejlődő, nagy gyermekfejnyi, baloldali hydrocele, mely kórházba jövele előtt két héttel az 1. számú sebészeti klinikumon megcsapoltatott, a mikor állítólag több liter folyadékot bocsátottak ki. 1897 május 21-dikén radicalis operatio; tunica megvastagodott. Mindkétoldalt 3 ujnyi sáv kimetszetett; varrat. Június 5-dikén teljesen gyógyulatan távozik.

56. B. H., 52 éves, paksi születésű földmives, 6 év óta fennálló jobboldali, nagy körtemekkoraságú és alakú hydrocele, cocain-anaesthe-
sia mellett 1897 május 23-dikán operálva, június 4-dikén gyógyult.

57. B. I., 20 éves, újvidéki születésű nőtlen földmives. Egy év óta fejlődő kis gyermekfejnyi jobboldali hydrocele. 1897 június 1-jén műtéve, június 12-dikén gyógyult.

58. K. I., 30 éves, fülöpszállási földmives. Egy év óta fejlődő gyermekfejnyi, körtealakú hydrocele, melyben a here felül hátul tapint-
ható. 1897 június 5-dikén operálva, 20-dikán gyógyulva távozik.

59. F. K., 50 éves, turkevei földmives. Évek óta tapasztalja mindkét heréjének növekedését, 1885-ben szenvedett ütésre vonatkoz-
tatja baja keletkezését. Jobb heréfél gyermekfejnyi, bal lúdtójsányi. Jobboldalt hátul alul, baloldalt hátul felül tapintható a here. 1897 június 11-dikén operálva; mindkét oldalt prima reunioval június 23-dikán elbocsátott.

60. P. B., 40 éves, szepesi földmives. 1 1/2 év óta fejlődő baloldali gyermekfejnyi hydrocele felvére, 1897 július 13-dikán operáltatott; tunica erősen megvastagodva, 1 liter folyadék kibocsátása; harmadnapra körülbelül 100 gm. vérömleny kibocsátására egy irány- és néhány szűcs-
varrat eltávolítása vált szükségessé; e miatt gyógytartam valamelyest meghosszabbodott; augusztus 2-dikán gyógyulva elbocsátott. Gyógy-
tartam 30 nap.

61. P. L. 48 éves, rohami születésű gazdalkodó. Fél év előtt heveny mellékheregyulladás volt ismeretlen okból. Lúdtójsámmekkoraságú és alakú hydrocele. 1897. augusztus 3-dikán operálva, augusztus 14-dikén gyógyult.

62. Sp. J. 56 éves nős földmives 1897. szeptember 1-jén vétetett fel. Három év előtt a bal here feletti részben egy körülbelül galamb-
tojásnyi daganata támadt, mely folyvást nőtt, míg az emberfejnél jóval nagyobb daganat a beteget járásnál már nagyban akadályozta. A scrotum előeső részében két korona- és kétfüllermekkoraságú anyagihiány,

melynek alapja piszkos szürkés lepedékkel fedett. A daganat tapintásra feszes és hullámzást mutat; alsó részében rálapul a rendes nagyságú, de kissé érzékenyebb here. 1897. szeptember 7-dikén az egyik fekély a belső nyomás alatt berepedt és a tumor tartalma, sötétbarna savó, keverve kisebb-nagyobb fekete szövettörmelékkel, kiürült. 1897. szeptember 9-dikén a hereborékon a folytonosság megszakítás fel- és lefelé tágtattik, a fibrinosus cszafatokkal és szövettörmelékkel fedett üreg éles kanállal kitisztítva; a here burka a hereburok bőréhez varrattak; az üreg gazecsk bevezetése mellett steril gaze kötés alatt nyitva kezeltek. A rendkívül renyhe sarjadás következtében beteg csak december 7-dikén távozhatik gyógyultan. Gögytartam 89 nap.

63. H. M. 63 éves, kantinos, csömöri születésű. Három év óta fejlődő, baloldali, férfikölnyi, körtealakú hydrocele, mely egyszer már pungáltatott. 1897. szeptember 11-dikén operálva, szeptember 21-dikén gyógyultan távozott.

64. K. J. 22 éves, maglóci születésű kocsis. Másfél hónap óta fejlődő lúdtöjásnyi daganat, 1897. október 29-dikén operálva, fonál-genyedés miatt gyógyulás valamelyest késleltetve. November 22-dikén gyógyulva távozik.

65. R. B. 28 éves, jánosházi kereskedő. Jobboldali férfikölnyi hydrocele, melynek alsó hátsó segmentumán tapintható ki a here. 1897. november 26-dikén radicalis operatio. December 5-dikén gyógyultan elhagyja a klinikumot.

66. K. L. 40 éves, nős kereskedő. Hat év óta fejlődő emberfejmekkoraságú hydrocele, melynek hátsó felső polusán tapintható ki a valamivel nagyobb, keményebb tapintatú, fájdalmas here. 1897. december 11-dikén operálva; kisfokú haematoma elhúzódó felszívódása miatt csak december 30-dikán távozik gyógyultan.

67. L. M. 38 éves, lembergi születésű, nős házaló. Hat hét óta nő bal scrotumfél, a mely gyermekfejnyire nőtt; hereérzést a daganat alsó polusa ad. 1898. június 10-dikén operatio, június 25-dikén gyógyult.

68. U. J. 46 éves, nőtlen kisbéri gépkezelő. 20 év előtt vette először észre, hogy jobb borékefele a balnál és a rendes nagyságnál nagyobb, ezen megnagyobbodás azóta nagyobb változatokat nem mutatott. Két év előtt hirtelen megnagyobbodott, egy év előtt a Rókus-kórház II. sebész osztályán operálva lett; 5–6 hónapig jól volt, azóta hereje ismét növekszik. Gyermekfejnyi hydrocele, melynek alsó hátsó polusán tapintható a here. 1898. szeptember 10-dikén operálva, szeptember 24-dikén gyógyultan távozik a klinikumról.

A kigyómarások gyógyításához.

Szilvássy János dr. fűrdőorvostól Borszáken.

A délkeleti Kárpátok déli, napos sziklás lejtőin igen közönséges a keresztes vipera — *Pelias berus*, *Vipera Redii* —, nagyon gyakran előfordul azért kigyómarás esete. Különösen a mezítelen lábú gyermekek esnek áldozatul, a kik az ily helyeken bőven teremni szokott számozca és málna után járnak.

En az első esetet 1885-ben láttam. Ez egy 12 éves erős leányka volt, kinek bal lába fejét marta meg a kigyó. Ez reggel történt, az esetet pedig csak este láttam. Tünetei ekkor a következők voltak: Az egész végtag, fel a czombhajlásig rendkívül meg volt dagadva, színezete szederjes volt. Érverése rendkívül lassú — 56 egy perc alatt —, telt. Légzés normalis. Közérzet nyomott, többször hányt, lábát fájtatja.

A kezelés hűvös borogatásokból és alkoholikák — cognac, erős tokaji bor, thea rumpal — adagolásából állott.

A fent leírt tünetek óráról órára fokozódtak, a végtag a megrepedésig megdagadt, egészen elkékesedett, a gyermek az éj folyamán soporosussá vált és reggel 9 órakor meghalt.

Rea vagy 10 napra egy férfi jobb kezének mutatóujját marta meg a vipera, a ki azt bravurból kézzel akarta megfogni. Az esetről jelen voltam. A sebet szájával jól kiszívattam, az újat nyomban lekötöttem, 15 perc múlva a sebet tágitottam és sósavval kezeltem, mint bonczolásnál szoktuk. A rögtön dagadni kezdő kezét jeges vízbe tettem és daczára ennek az alkar már egy óra múlva tetemesen dagadt és igen fájdalmas volt. Különösen a fájdalomra jegyezte meg, hogy sok méh megszúrta, de a kigyómarás okozta fájdalom sokkal erősebb, annyira, hogy egészen belekábult.

Másnap — a szúrás estefelé történt — már az egész kar dagadt volt és a nyirokutak vörösen belövelvék, a hónaljmirigyek megnagyobbodottak.

Az eset kritikussá vált, mindazonáltal lassan oszlani kezdtek a tünetek és 10 nap alatt egészségesé lett az erős férfi.

Ekkor olvastam — nem emlékszem már hogy hol —, hogy egy katonaoorvos Kelet-Indiában a szemüveges bohóczkigyó marásait jó sikerrel úgy kezeli, hogy kalium hypermanganicum oldatát

fecskendezi be a marás helyére. Ezt megjegyeztem magamnak azzal, hogy legközelebb én is megkísérlem.

Nem sokáig kellett várnom. Néhány nap múlva egy 10 éves fiút hoztak hozzám, a kinek a lábát marta meg a vipera. A sebesatorna helyén rögtön $\frac{1}{2}$ Pravaz-fecskendő 5%-os kalium hypermanganicumot fecskendeztem be a már jóformán dagadni kezdő láb bőre alá, azzal hazabocsátottam a fiút, utasítván a szüleit, hogy a lábát áztassa a fiú hideg vízben és adjanak neki főtt bort.

Másnap felkerestem reggel a beteget, hát nagy csodálkozásomra a szülei azt mondták, hogy nincs otthon, elment valahová a társaival játszani. Előkerítettem. A fiú jól érezte magát; lába csak kevésbé volt megdagadva; harmadnap ő jött fel hozzám magát megmutatni. Semmi baja sem volt.

Ez az eset nagyon biztató volt. Ettől fogva 14 év alatt még 9 kigyómarást kezeltem kalium hypermanganicum 5%-os oldatának befecskendezésével a marás helyén és valamennyi eset az imént leírt esethez hasonlóan gyors gyógyulással végződött.

Úgy látszik tehát, hogy a kalium hypermanganicumban egy oly specifikus szert bírnak, mely a vipera-mérget neutralizálni képes és kellő időben alkalmazva a súlyos tüneteket úgyszólván kupirozza és az életveszélyt elhárítja.

Addig is tehát, míg a most folyó oltási kísérletek pozitív eredményhez vezetnének, előforduló esetekben ajánlom a kalium hypermanganicumot. Különben is, ha ily egyszerű és mindenkinél kéznél levő gyógyszerrel teljes sikert érhetünk el, a nehezen vagy későn beszerezhető kigyóméreg-serum felett, még ha ez beválnék is, a kalium hypermanganicum előnyt érdemel és a körülményes serum-therapiát feleslegessé teszi.

T Á R C Z A.

A párisi Pasteur-intézet.

Jó távol Páris zajától, a latin quartiernek legszélén emelkedik ócska, alacsony házak és gyártelepek között az az épület, a mely pár év alatt Páris Mekkájává tette azoknak, a kiket a bakteriológiának tudománya, a biológiának szeretete vonz. Az idegen ember bámulva és megilletődéssel néz végig az impozáns palotának ablakosorán; hiszen minden téglaköve, minden párkánya Pasteurnak dicsőségéről beszél, a ki szívóssággal, példátlan energiával eszméinek útát hódított minden felé, a ki előítéletekkel, megrögzött ideákkal szembeállva, a megalázott Franciaország lobogója köré sorakoztatta a tudós világot. De beszél ez a palota másról is: hirdeti annak a sokszor megalázott, sokszor dekadensnek hirdetett, sokszor megrágalmazott francia népnek a nagyságát, a mely tud akkor áldozatot hozni, a mikor az egész emberiség javára szolgáló ideákról van szó.

A mikor Pasteur felhívást intézett a néphez, a mely még alig szenvedte volt el a napoleoni politika ütötte áldatlan sebeket, tudta jól, hogy hiába nem teszi: rövid pár hónap alatt együtt volt az a 2–3 millió frank, a melyet kért, hogy tudományának új csarnokot emelhesen. Maga dolgozta ki a tervnek legkisebb részét is, a szervezet, a berendezés az ő munkája, ő maga szemelte ki munkatársait a fiatalok ismeretlen seregéből. És mindezt helyesen. Intézete még mai nap is, közel 20 év múlva, a mikor az összes modern államok, Németország, Anglia, Amerika, Oroszország, sőt még a késedelmes Ausztria is új díszes palotákat emeltek az „idécs Pastoriennes“-nek, első helyen áll: munkatársai és követői szorgalommal, és részben genialitással folytatják azt a kutatást, a melyet ő inagurált. Pasteur ismerte fel Rouxban, az akkor ismeretlen kis orvosban azt a bámulatos munkabíró energiát, a melyet benne naponta csodáltunk, Pasteur vezette be Chamberland-ot, munkatársát a lépfene-ellenes ojtások tanulmányozásában, a tudomány országába, Pasteur vezetése alatt lett Mechnikoff biológusból a francia bakteriologiai iskola genialis feje.

És még ma is az ő szelleme honol azok közt a falak között, a melyekre örömmel gondol vissza mindenki, a kinek jó sorsa megengedte, hogy közöttük hosszabb időt töltsön. Idézik is az öregek egyre-másra: mint járkált esténként hátra tett kézzel, gondolataiba elmélyedve a hosszú, visszhangos folyosón, a mikor halálbüntetésnek tette ki magát, a ki a mestert gondolatainak szárnyalásában megzavarta; mint töltötte egész idejét az intézet falai között, a melyet csak akkor hagyott el, ha valamely Bouchard-féle támadást kellett az akadémiában visszavernie; mily energiával dolgozott a benuit tudós, a kire a sors élte alkonyán azt a csapást mérte, hogy kísérleti állathoz, tollhoz nem nyulhatott. Mesélnek az öregek ma is azokról az ihletszerű pillanatokról, a mikor a mester egy-egy eredményt előre látott, s gondolatait az új eredményre alapítva, olyan törvényeket sejtett előre, a melyeknek helyességét csak évek múlva volt képes kimutatni. Nemcsak a költő ma már a „divus vates“, az isteni jós: a tudós is kell, hogy az legyen; az önálló, új

idea, a mely vezeti egy igazság megállapítását célzó törekvésében, csak ihletett percében születethetik meg.

Minden benyomás, mondom, a mester képét, varázsolja elénk. Már a kapunál szemünkbe ötlők az életnagyságú bronz-csoport, a mely a 13 éves Meistert ábrázolja, a veszett kutyával való küzdelmében, azt az elszászi fiút, a kit Pasteur elsőnek ojtott be veszettség ellen; végig gondoljuk azt az ezernyi laboratóriumi kísérletet, a melynek alapján Pasteur az ismert áldásos eredményre jutott. Nem is szükséges a könyvtárban elhelyezett bronz mellszobrát megnéznünk, úgy is szemünk előtt lebeg az öregnek képe: látjuk azt a bonhomióval párosult, okos, nyugodt arcot, azt az okos, fűrkésző, de e mellett végtelenül szelíd szemet. Ez a szelíd szem megérteti velünk azt az ellenmondást, a mely a tudós Pasteur és a családfő Pasteur között megvolt: az oknyomozó bűvár, a kinek firtató esze az ősnemzés legendáját eloszlatta, otthon, tán vakbuzgó neje hatása alatt, vallásos volt. És sok az igazság abban a számos legendában, a mely Franciaország katolikus körei szemében Pasteur életét a vakbuzgó ájtatosság zománczával ékesíti. Az a bizánczi stílusban épült, fenomenálisan szép krypta, a melyet a család az intézetben magában építtetett halottjának Pasteur akarátja szerint, mozaikjaiban mindkettőt ismerteti meg: a tudóst és az embert. Ott primitív, praeraffaelita stílusban megkomponált képek mellett, a melyek a tudós életét szemléltetik symbolikusan, a mater dolorosa csoportjában Pasteur vallásos érzületének emelték emléket. De ellentétese valóban e két csoport? Épen ellenkezőleg, vajjon nem érthető-e könnyen, hogy a végtelen kicsi dolgokkal, tehát a végtelenséggel foglalkozó elme jobban sejtette, mint akármely spekulatív fő, előre azt az örökös sötétséget, a mely a dolgok lételemének vég okát kutató szemek előtt elfődi. Pasteur megértette, hogy az „ignorabimus“ dogmája a kutatást ki nem zárja, sőt serkent, hatoljunk el addig a korlátig, a melyen túl tudás nincs, és a hol a hit kezdődik.

A szerdai nap délutánján nyitott az a nagy kovácsolt vas ajtó, a mely a Pasteur-kryptát zárja: valóságos záránklás indul akkor meg a hosszú, földszintes folyosón át. Pasteur halála évfordulóján mi is testületileg lementünk, Duclaux igazgatóval élünkön, elhaladtunk a két masszív ezüst koszorú előtt, a melyek egyikét Franciaország diáksága, másikat az intézet maga tette le a mester sírjára; körüljártuk a fekete márványkoporsót, a melyet a virágok erdeje borított, s leróttuk kegyeletünket.

Az összetartozás érzete ilyen alkalmakkor növekszik nagygyá mindazokban, a kiket az intézet kebelébe fogad. Tényleg az a 20—30 munkás, a ki ott a tudománynak él, egész külön családot alkot: közös szellem hatja őket át, közös célok felé törekednek mindannyian, közös eszmének élnek. A szellem — a tudomány szeretete, a cél — a tudomány fejlesztése, az eszmék — Pasteur eszméi.

Ezt az érdekösséget maga Pasteur inagurálta, és követői tisztelve a hagyományt, a mester rendszerétől el nem térnek. Ennek a célnak szolgálatában áll az intézet egész berendezése: úgy a barátság, a melylyel az új tagot családtagnak fogadják, a szívéllyesség, a melylyel kezdetben segítségére vannak, és végül az a nyílt altruizmus, a melylyel távol minden egoizmustól, mindenki az összes dolgozók közkinésévé teszi mindazt, a mi segítségükre lehet. E célnak érdekében tartja fel az intézet asztalát, a „Microbe d'Or"-t, a hol az idegen csekély díj lefizetése ellenében barátságos otthonra lel, a melynek hangja még akkor sem vesztett vidámságából, a mikor (1898) az áldatlan belpolitikai viszonyok az addig előzékeny, nyílt Páriszt az idegenek iránt gyanakvó, zárkózott várossá változtatták. Jó bor akad mindig, ha máshonnan nem, a Duclaux vagy a Roux pinczéjéből: az ebéd utáni kedélyes poharazásnak, beszélgetésnek csak az óra szab határt. 2 órakor mindenki szobájába vonul vissza és folytatja munkáját. Este is együtt van a társaság; vacsora után a városba rándul át az, a kinek kedve tartja, de a ki nem fejezte be kísérleteit, akármeddig maradhat az intézetben. Egy órakor, kettőkor akár hányszor mentünk haza negyed-ötöd magunkkal az intézetből, megfelelő számú revolver vagy legalább is amerikai boxoló vas oltalma alatt. A kik Páriszt ismerik, tudják, hogy másként a külső Rue de Vaugirard vidéken ilyenkor járni nem lehet.

Szombat délutánján az intézet remekül felszerelt könyvtár terme (200 folyóirat!) felolvasó teremmé alakul át. E conference-ok, a melyekben a tagok vagy épen lezárt munkájukat bíráltatják meg, vagy általános összefoglaló revue-eket adnak elő és a heti újságok érdekesebb cikkeiről referálnak, legalkalmasabbak arra, hogy a látogató a vezető embereket szemügyre vehesse.

A nagy olvasóasztal közepén Duclaux ül, az intézet főnöke. Élesesű, agilis ember. Ügyszólván nem pihen soha. A Sorbonneban és az École Agronomiqueban tanára az élesztők tanának, kultiválja a diastasisokat és enzimek tanát s e mellett socialpolitikai tanulmányokat ír a nagy revuekbe és a socialis kérdéssel intensíven foglalkozik. A közel 60 éves ember fellángol, ha az ideális szabadság kérdése kerülne szóba, ifjú tűzzel ragaszkodik Franciaország 1789-diki elveihez. És a ki Duclaux-t magánkörben hallotta, azt nem fogja meglepni, hogy az akademia tagja, a becsületrend nagykeresztje, a ki nappaljait az előadási termekben és a laboratóriumban tölti, éjjel pedig „mikrobiológiáját“ írja, 4 kötetes munkáját, ugyanaz a szürke tudós este 7 órakor szószékre lép, hogy a külváros munkásai előtt az igazi socialismus ígét hirdesse. Csakis Franciaországban lehetséges, az ellentétek hazájában, hogy a tudós élére álljon a híres „Ligue pour la défense des droits de l'homme“-nak, az emberi jogok védelmére alakult ligának, a mely a közelmúlt reactionarius törekvéseinek sikeres megdöntésében nagy szerepet játszott. A hallgatóság kézzubonyos munkásokból áll: a szónokok között pedig ott találjuk az akadémikus Duclaux mesterünk mellett Grimaux-t, Hervé-t, a jogi facultás tanárait, intim egyetértésben a socialista-vezér Jaurès-zel,

Franciaországnak jelenlegi legkitünőbb szónokával, Urbain Gohier-val, az antimilitarismus bajnokával, Anatole France-szal. Duclaux, mikor egy-egy ragyogó szónoklatával tűzbe hozta a munkásokat, nem zárkózik el a consequentiától: kezét nyújtja oda a tomboló munkás hadnak, hadd szorítsa.

Meg is mondta újévi beszédében, mintán régi szokás szerint az intézetnek aligazgatója (Roux) üdvözölte volt, hogy nézete szerint a tudósnak tudománya szűk körét akkor kell elhagynia, a mikor szellemi képességeinek csökkenését még nem érzi. Lépjen ki ekkor a porondra, s terjeszsze ismereteit minél extensívebben. A népet csakis tudósok nevelhetik, azok, a kiknek látóköriük elég tágas arra, hogy szükségleteit megbírálhassák. Így érti és így műveli is Duclaux az „University Extension“-t.

Deutsch László dr.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

Napi kérdések az életbiztosítás köréből.

Ismerteti: Hönig Izsó dr.

Irodalom: British Medical Association. 1898. július 27—30. — *Brown*: Albuminuria from the standpoint of life-insurance. Journ. of the Americ. med. Assoc. 1898. — *Mahillon*: La neurasthénie. Journ. méd. de Bruxelles 1898. 40. sz. — Az életbiztosító társulatok orvosainak I. nemzetközi congressusa Brüsszelben 1899. szeptember 25—28. — *Rudeck*: Medizin und Recht. 1899. p. 33. — *Vas*: A vizeletvizsgálat, tekintettel az életbiztosításra. Orvosi Hetilap 1899. 41—42. szám. *Bayet*: Zulassung v. Syphilitiker z. Lebensversich. Klin. ther. Wochenschrift 1899. 43—44. sz. — *Hesse*: 7066 Todesfälle d. Basler Lebensversich.-Gesellschaft med.-statist. bearbeitet. Leipzig, 1899.

Az életbiztosítással foglalkozó orvosok előtt lépten-nyomon merülnek fel oly kérdések, melyeknek tisztázását illetőleg eddig legalább ki-ki meglehetősen saját belátására volt utalva. Csak a legújabb időben jelennek meg az irodalomban mind sűrűbben egyes közlések, melyek az idevágó nehézségek leküzdésére vonatkozólag egyrészt tapasztalatok egybegyűjtését, másrészt igazán szükséges útbaigazítások nyújtását tűzték ki feladatukul.

Hogy mily jelentőséget kezd felvenni általában az életbiztosítás az orvosi tudományban, legjobban bizonyítja az a körülmény, hogy az (1898. július 27—30-dikáig) Edinburghban tartott *British Medical Association* gyűlésein külön sectio alakult, a mely tisztán az orvostudománynak az életbiztosításhoz való viszonyával foglalkozott; sőt felmerült immár a szüksége annak is, hogy egy nemzetközi congressus keretében megbeszélés és megvitatás alá kerüljenek mindama kérdések, melyek az életbiztosítással foglalkozó orvosoknak mondhatnám mindennapi kenyerét képezik. A *brüsszeli congressus* kiváló fontosságú orvosi előadásainak egy része inkább a biztosítási társulatok adminisztratív teendőit illetőleg volt hivatva fontos útbaigazításokat adni, ellenben legnagyobb részük lényeges betekintést szolgáltatott egyes betegségek diagnózis és prognózis felől az életbiztosítás szempontjából. Az előbbi előadások közül kiemelendő első sorban *Poëls* ama indítványa, a melyben általánosan érvényes, tehát *egységes orvosi formulárok* megállapítását sürgette. Azt hiszem, alig van társulat, a melynek formulárájában elő nem fordulnak oly kérdések, melyeket minden gondolkodó orvos legalább is feleslegessé tart, de azokra nölens-völens felelni kénytelen, másrészt pedig orvosilag igazán fontos és szükséges kérdéseket, melyek nélkül a vizsgálat csak tökéletlen lehet, sokszor felemlítve sem találunk azokban. Eme hiányokon segédítendő, főképen azonban tudományos statitika lehetővé tétele céljából valóban kívánatos volna az orvosi vizsgálatok egyöntetűsége, a melynek megállapítását egy előkészítő bizottságra ruházták; a végleges döntés a következő congressus feladatát fogja képezni.

Az orvosi titoktartás életbiztosítási ügyekben képezte *Van Geuns* érdekes fejtegetéseinek tárgyát. Alig van thema, melylyel szemben az orvosok hasonló ellentétes álláspontokra helyezkednének, mint épen eme kérdéssel szemben. Mig egyesek (*Siredex, Vleminekx*) teljesen perhorreskálják a kezelő vagy házi orvosnak bármintemű beavatkozását az ügylet megkötésére vagy elutasítására, addig mások (*Van Geuns, Mahillon*) nem látják az orvosi titoktartás megsértését, főképen azon esetekben, a midőn az orvos egyes feltett kérdésekre felel, a melyek alapján a társulat esetleg elfogadja azt az ajánlatot, a melyet különben elutasított volna. *Rudeck* szerint a kezelő orvos egy társulat kívánságára kiállíthat patiensének halála után bizonyítványt az utolsó betegségről, mert az orvosi titoktartás megsértése miatti vád alá helyezést csak a károsított fél kívánhatja, ez pedig halott. Ha az orvos bizonyítványa kedvező, úgy az örökösöknek természetesen eszükből sem lesz ezért az orvost felelősségre vonni, de ha kedvezőtlen bizonyítványt volna kénytelen kiállítani, a melynek alapján a biztosítási összeg kifizetése megtagadtnék, úgy legczélszerűbb, ha az orvos megtagadja a bizonyítvány kiállítását, a mihez joga van; ily esetben a társulat úgy sem ismeri el a kötelezettségét. Egyébiránt általános érvényű megállapodásra jutni alig lehet e kérdésben, mert minden állam törvényhozása különböző szigorúsággal szabja meg az orvosi titoktartás keretét.

A biztosítások körül előforduló *csalások* elkerülésére *Weill-Manton* a következő követelményeket állítja fel: 1. a kérdések, a melyekre a biztosítandónak felelnie kell, teljesen exactak legyenek; 2. tökéletes vizsgálat lehetőleg az orvos lakásán (?) és sohasem este; 3. a fél az

orvos jelenlétében vizeljen vagy legfeljebb (nőknél) a szomszéd szobában; ez esetben az üvegnek még melegnek kell lennie, a midőn az orvos kezébe veszi.

A további előadások és közlések tisztán az egyes fontosabb betegségeknek az életbiztosításhoz való viszonyát ölelik fel. Egyike a legfontosabb feladatoknak volt a *syphilitikusoknak* az életbiztosításhoz való hozzáférhetőségét tisztázni, a mit Bayet tűzött ki magának. A statisztika szerint ugyanis a lueses-eseteknek csupán 10%-ában fejlődnek ki a tertiaer vagy parasyphilitikus megbetegedések (tabes, agylues, dementia paralyt., arteriosclerosis, aneurysma, májbajok stb.) és így nem áll teljesen érdekükben a társulatoknak már eleve rendszeresen visszautasítani mindenkit tisztán azért, mert lueses volt; másrészt azonban éppen ez a 10%-ó óvatosságra int, a miért is ily egyéneknek sokkal nagyobb egészségi garanciák igényelhetők, mint másoktól. A parasyph. megbetegedések leggyakoribbak az infectio után a 3. vagy 4. évben, ellenben a 20. éven túl szerfelett ritkák (alig 5%). Tehát ez a körülmény, valamint az előremert kellő kezelés legyen irányadó annak megítélésében, hogy az illető felvételessé-e vagy sem. Mathematica pontos következtetések ezek alapján ugyan nem állíthatók fel és a praxisban ezentúl is individualizálni kell az egyes eseteket, de irányadónak a következők pontok vehetők. *Visszautasítandók* mindazon egyének: 1. a kiknél florid secundaer vagy tertiaer-tünetek vannak jelen; 2. a kiknél 3 évnél rövidebb idő telt el az infectio óta (a kezelés tökéletlen volta miatt); 3. a kik egyúttal alkoholisták is, mert az alkohol a lehető legkedvezőtlenebb befolyást gyakorolja a luesre; 4. a kiknél az idegrendszer részéről akár csak a legjelentéktelenebb eltérés van vagy volt jelen, mert ez az idegrendszer bizonyos fokú labilitását teszi valószínűvé, a mi a későbbi lefolyásra végzetes lehet, mert a statisztika szerint éppen a fent említett parasyph. idegbajok foglalják el a lues feltételezte halálokok közt az első helyet. Ellenben *felveendő* oly egyének, a kik legalább 3 évig kezeltettek és legalább egy év óta semmiféle lueses tünetet nem mutatnak; míg azoknál, a kik csak elégtelen kezelésben részesültek, az infectio óta eltelt idő lesz mérvadó: nőknél 6 év a kritérium, férfiaknál pedig (a kiknél a tabes, mely rendszerint csak később szokott fellépni, inkább fenyeget) 10 év; végül azok, a kik egyáltalán nem kezeltettek magukat, csak 15 év múlva vehetők fel, feltéve természetesen, hogy semmiféle abnormalis-tünet nincs jelen, főképp az idegrendszer részéről, a melynek a lehető legminutiosabb átvizsgálása ily esetekben kétszeresen fontos; nőknél itt is rövidebb terminus szabható. Az *öröklött luesben* szenvedő gyermekek feltétlenül elutasítandók, mert eltekintve a nagy számban fenyegető betegségek veszedelmétől, még az ellenállóképeség csökkenése minden káros behatással szemben is fokozza a kockázatot.

Hasonló fontosságú kérdés életbiztosítás szempontjából a *tuberculosis* és ennek az *öröklékenységhez* való viszonya, a melyről érdekes eszmecsere kapcsán Meyer referált a congressuson. Családi terheltség egyedül még nem elegendő ok arra, hogy a biztosítandó visszautasítás-sék, de ha a hereditas bizonyos tuberculotikus stigmákkal (habitus, mellkasalkat és átmerők, pleuritis, fistula ani stb.) társul, úgy ez már elég-séges ok a végleges elutasításra; hasonlóképpen az is, ha mindkét szülő tuberculosisban halt meg és az illető egyén 35 évnél fiatalabb, vagy ha a családjában terhelte egyén felesége, gyermekei stb., szóval azok, a kikkel közeli contactusban él, kifejezetten tuberculotikusak.

A *szívajok* vonatkozását az életbiztosításhoz tárgyalja Gairdner és Moritz. Gairdner szerint mai ismereteink szerint a szívajok prognosist kedvezőbbnek kell mondanunk, mint azt azelőtt általában hitték. Életbiztosítás szempontjából a következő csoportokba osztja a szívbjajokat: 1. Biztosan kimutatható szívbeli rendellenesség, de ennek oka kétes; ide tartoznak a jobb gyomrocs felett hallható tompa hangok és zörejek. Legtöbbször pericardialis elváltozásokról van itt szó, a melyek a sectionál infoltoknak nyilvánulnak. Ilyen esetek felveendő. 2. Vannak ugyan jelen organikus elváltozások a szíven, de az egyéneknek semmiféle zavart nem okoznak; oly esetek ezek, a minőkre néha az orvos egy-egy pontosabb vizsgálatnál véletlenül akad. Ily esetek további észlelés végett egy időre elutasítandók és később sokszor felvehetőek lesznek. 3. *Organikus elváltozások* circulatoris zavarokkal. Feltétlenül elutasítandók. 4. Tisztán *functionalis elváltozások* melléktünetek nélkül, ilyen pl. gyermekkor óta fennálló szabálytalan szívrythmus vagy pulszusszaporodás és gyérülés. A tachycardia prognostice kedvezőbb, mint a bradycardia. E csoport alá tartoznak a nicotin és az öregség okozta szívzavarok is. Mindeme esetek (a senilis szív kivételével, mely feltétlenül elutasítandó) hosszabb megfigyelés után esetleg felvehetőek. 5. *Choréánál* jelenlévő szívbjajok elutasítandók. 6. A *túlnagy* vagy a *túlkicsiny szív*. Az előbbi esetek kedvezőtlenebb prognosist nyújtanak, mint az utóbbiak. 7. *Angina* és *pseudoangina*. Minthogy e két szívzavar nehezen különböztethető meg egymástól, mindkettőt elutasítandó. Azonban, hogy mily nehéz mindezek szem előtt tartása mellett is helyes prognosist felállítani, bizonyítja Moritz számos eset kapcsán tett ama megfigyelése, hogy vannak szívbjajok, melyek sem subjectiv, sem objectiv tüneteket nem okoznak és mégis hirtelen halált idézhetnek elő; másrészt azonban nem hagyható figyelmen kívül az a körülmény sem, hogy mivel egyesek az életbiztosítási vizsgálatnál nagyon félnek, ezen izgalmi állapotok a szív működésére is kifejezésre jut, a mit az angolok „*insurance heart*”-nek neveznek; ezért ajánlja Macfie is, hogy a hol csupán zörejeiket találunk és a szívántalom egyéb tünetei hiányzanak, ne utasítsuk véglegesen vissza az ajánlatot, hanem csak egy időre, a midőn is egy esetleges újabb vizsgálat jobb eredménnyel fog végződni.

Az *otitis media*-val szemben elfoglalandó álláspontunkat M'Bride igyekezett megállapítani. Szerinte csak a csekély és nem bűzös genyeddéssal járó esetek volnának elfogadhatók, míg Barr, Pritchard és mások

szerint csak a teljesen kigyógyult, minden genyedés nélküli esetek. Azonban, ha pontos vizsgálattal súlyosabb elváltozásokat (necrosist, granulomákat stb.) kizárhatunk, ha fájdalom nincs jelen és az illető kedvező társadalmi viszonyok közt él, egészen helyes a kiskorú genyedés dacára is felvételt ajánlani.

A *köszvényesek*-nek csupán magasabb díjtételek mellett való elfogadása már régtől fogva gyakoroltatik; de Meikle kimutatta, hogy az eddigi díjak általában a kellenél csekélyebbek voltak, mert 525 biztosított köszvényes közül nem az előzőleg kiszámított 111, hanem 184 egyén halt meg, ennőlfogva ajánlja, hogy az összes társulatoknak meg kellene egyezniük, hogy az eddiginél nagyobb díjemelést fognak megállapítani. Hasonló conclusiora jutottak Playfair és Wallace a *terhességre* vonatkozólag, t. i. kimondandó, hogy minden nőnél, a ki még terhes lehet, a díjemelés fokoztassék. Terhesség alatt ugyan legjobb fel sem venni a nőket, de ha mégis megkivánják, úgy az első terhességnél a külön díj háromszor nagyobb legyen, mint a későbbiekénél; a 30 éven felüli primigravida egyáltalában ne vételessék fel, a 40 éven felüli terhes nő pedig még az esetben is, ha már előzőleg szült, feltétlenül visszautasítandó.

Az *idegbetegségek* közül a gyakoriságánál fogva legfontosabb *neurasthenia* képezte Mahillon érdekes fejtegetéseinek tárgyát. Általános-ságban rendkívül kockázottnak tartja oly egyéneket, a kik neuropathice terheltek és maguk is ideges jelenségeket mutatnak, felvenni. Ellenben azon neurastheniások, a kik családjában nincsenek terhelve és különben teljesen egészségesek, felvehetőek, ha állapotukra káros behatásoknak továbbra nincsenek kitéve. Azonban nagy elővigyázatosságra int, hogy a neurastheniát megkülönböztessük a *paralysis progressiva* kezdeti szakától, a melynek *korai felismerhetőségére* nagy szorgalommal összegyűjtött adatait Veerhoogen sorolta fel a congressuson, és vizsgálatai alapján az aetiológikus tényezők (hereditas, syphilis, alkoholismus) mellett legfontosabb és legkorábban jelenlévő tünetnek tartja az olykor csak kiskorú paresist a facialis felső ágán, főképp, ha a patell. reflexek fokozódásával jár együtt.

Az *alkoholismus* egyéb bajoknál szereplő káros következményeit az élet tartamára Boak fejtegette ki részletesebben: arteriosclerosis, a szervek zsírosdegeneratioja, idegelemek tönkremenése és sok más betegség képes megrövidíteni az alkoholisták életét. Ezért ajánlja, hogy az alkoholista, ha egyáltalában felvehető, legalább is idősebb kornak megfelelő díjtételek mellett biztosíttassék. Fontos az is, hogy a szülőknél kimutatott alkoholismus a gyermekeket különféle idegrendszerbeli megbetegedésre praedisponálja, de a statisztika szerint nem egyforma mértékben; a káros befolyás ugyanis a legnagyobb fokban nyilvánul a legfiatalabb gyermekeken, legkevésbé pedig az elsőszülötteken.

A biztosítandók visszautasításának egy gyakori okát az *albuminuria* képezi. Brown szerint a jelentkezők 1/24-ede ezen baj miatt lesz elutasítva; de hamis volna azt következtetni, hogy mindezek nephritiben is szenvednek; tekintetbe jön itt vér, ondó, geny és egyéb fehérjenemű anyagok a vizelethez való keverődése, továbbá a transitorikus albuminuriák nagy zöme, melyeket Brown elfogadhatóknak tart, feltéve, hogy csak kevés fehérje van jelen cylinderek, bal gyomrocsütöngés, fokozott arteriafeszülés és hydropsook nélkül. Ez esetekben a vizelet göröcsövi vizsgálata elengedhetetlen postulatum. Egyébiránt a *vizelet fehérje* és *cukor tartalmának* az életbiztosításra való befolyásával a congressuson Wibaud és Le Boeuf is foglalkoztak, és ezen érdekes kérdés különben hazai szerző részéről is, Vas B. kitünő czikkében éppen e lap hasábjain nyert részletes feldolgozást, azonban az előbbiektől némiképp eltérő fel-fogással. Míg ugyanis Wibaud minden állandó albuminuriával bíró egyént feltétlenül visszautasítani ajánl, addig Vas az albuminuriák azon eseteit, melyek ismeretlen okból származnak, 45 évnél nem idősebb, különben teljesen egészséges egyénekben lépnek fel, és a melyeknél a 2–3-szor megejtett vizsgálat mindig ugyanazon fehérjequantumot derítette ki cylinderek kimutathatósága nélkül, magasabb díjtételek mellett felvehetőeknek tartja.

A *Pavy-féle* betegségben, azaz a ciklikus albuminuriában szenvedőket úgy Wibaud és Moritz, mint Vas is felvételre ajánlják magasabb díjtételek mellett, ha az illetők fiatalok, 30 évnél nem idősebbek és egyébként teljesen egészségesek. A glycosuriára viszont Vas álláspontja szigorúbb, a mennyiben a cukornak a vizeletben való kimutathatóságát, még ha aliment. glycosuriából ered is, elegendő oknak tartja a visszautasításra, míg Le Boeuf eltér e szabálytól, ha a csupán rövid ideig kimutatható volt glycosuria legalább 5 évig szünetelt, ha semmiféle családi vagy egyéni terheltség ki nem mutatható és ha a vizelet teljesen normalis.

Ezekből is látjuk, hogy mennyi kérdés vár még tisztázásra e téren, a mi nagyon is természetes, ha tekintetbe vesszük, hogy csak rövid idő óta kezdik ez irányban is tanulmány tárgyává tenni a még nagy számban megoldandó nehézségeket. Hogy melyik út vezet itt legbiztosabban célhoz, fényesen jelezte Hesse az ő valóban úttörő munkájában, a melyben kimutatta, hogy csakis statisztikai alapon nagy anyag kapcsán szerezhető meg az a tapasztalat, melyet az egyes észlelő saját megfigyelése alapján sohasem érhet el. O ugyanis a *baseli életbiztosító intézetnél* (1865-től 1897-ig) előfordult 7066 halálesetet dolgozta fel statisztikailag, hogy belőlük az életbiztosításra fontos adatokat megállapíthasson. A gyakoriság szerint a halálokok sorrendje a következő: tuberculosis, carcinoma, vérkeringési szervek bajai, apoplexia, pneumonia, emésztési szervek bajai (főképp májbajok), idegrendszer bajai, emphysema és bronchitis, fertőző betegségek, vesebajok, végelgyengülés, baleset, öngyilkosság, elhízás, alkoholismus, izületi rheuma és köszvény, pleuritis és végül diabetes. Vizsgálata tárgyává tette első sorban a családi és egyéni terheltségnek, valamint az abnormalis testalkatnak befolyását a későbbi halálokokra. Az előbbire vonatkozólag azt találta,

hogyan pl. 640 carcinomában elhalt egyén bevallott anamnesisében sokkal többször fordul elő a családban carcinoma, mint az egyéb bajban elhaltaknál; másrészt azok közül, a kiknek családi anamnesisében a carcinoma fel volt említve, csaknem 21%-ban halt el tényleg rákban, míg az összes halálozások közül csak 9%-ban szerepelt a carcinoma, mint halálok. Teljesen hasonló viszonyokat derített ki a statistika a tuberculosisra vonatkozólag is: a kik már a felvételnél gyanúsak voltak, azok közül 51%-ban tényleg tuberculosisban halt meg, míg a tuberculosis az összes halálokoknak csupán 23%-át képezte (ezek közül a tüdő-tuberculosisra magára 20%-os esik) és ezen eseteknél volt általában a legrövidebb biztosítási tartam kimutatható. Ugyanilyen összefüggés volt továbbá a vérkeringési bajok, az apoplexia, az ízületi gyulladások és vesebajok öröklékenységi befolyására vonatkozólag kimutatható, úgyszintén az idegrendszer megbetegedése, az öngyilkosság és az alkoholizmus között is.

A testalkatra vonatkozólag is érdekes eredményekre jutott: a soványak (1092) közül majdnem a fele tuberculosisban és egyéb légzőszervi bántalomban halt meg, ellenben a kövérek (1716) nagy részénél elhíjasodás, diabetes nephritis és apoplexia volt a halálok. Az arczszínt illetőleg pedig a halvánnyal jelöltek nagy része tuberculosisban és carcinomában halt el, míg a piros arczszínűeknek jelzettek legnagyobb tömege elhíjasodás, alkoholizmus, apoplexia és vérkeringési bajban haltak meg.

Már eme rövid szemléből is kivehető, hogy az életbiztosító-társulatok orvosi bizonyítványaiiban az érdekes és fontos adatok egész zöme van felhalmozva, a melyek gyakorlati értéket az által nyerne, hogy a kor követelményeinek megfelelőleg egyes társulatok már nemcsak az ideális egészséges embert fogadják el, hanem bizonyos rendellenességek daczára sem zárkoznak el a biztosítás megkötése előtt, természetesen magasabb díjtételek mellett, a melyeknek a humanizmus és a jog szempontjából való megállapításához az orvosnak a statistikussal karöltve kell hozzájárulnia. A kezdet ez irányban, a mint láttuk, megtörtént, a további kiépítés a jövő feladatát képezi.

Könyvismertetés.

Bókay Árpád, Korányi Frigyes, Kéti Károly: A belgyógyászat kézikönyve. VI. kötet.

A *Belgyógyászat kézikönyvének* VI. kötete kizárólag az idegbajokat tárgyalja, csak mintegy függelékképpen emlékezik meg az izomzat betegségeiről is. 1258 lapon tehát oly terjedelemben foglalkozik a kézikönyv az idegkórtannal, mint a külföldnek önálló kézikönyvei sem sokkal bővebben. A munka felosztása a következő: A) A *környéki idegek betegségei*, B) A *szívi idegrendszer betegségei*, mindkét fejezet Jendrassik Ernőtől, C) A *központi idegrendszer betegségei* több szerző tollából, nevezetesen Korányi Sándortól (bevezetés a központi idegrendszer kórtanához), Kéti Károlytól (a gerincvelő betegségei), Dollinger Gyulától (a gerincoszlop betegségei), Jendrassik Ernőtől (a nyúltvelő és hid betegségei), Korányi Sándortól (az agykocsi és kisagy betegségei), majd az agyvelőnek és burkainak betegségei Kéti Károlytól, Bókay Jánostól, Laufenaucr Károlytól, Kéti Lászlótól, Navratil Imrétől, Korányi Frigyesétől és Sándortól, Jendrassik Ernőtől és végül D) *Izombetegségek* Hochhalt Károlytól.

A kötet elején Trefort és Markusovszky jól sikerült képei díszlenek; e kegyetes ténnyel a Belgyógyászat kézikönyvének szerkesztője ama halálának adott kifejezést, a mely e két kimagasló alakot mint a magyar orvostudományi búvárlatnak fellendítőit méltán megilleti.

Egy minden ízében sikerült és nagyszabású munka fekszik előttünk. Az óriási anyagnak oly beható és kitünő feldolgozást látjuk a könyvben, hogy meggyőződéssel mondhatjuk, miszerint a Belgyógyászat kézikönyvének eme kötete a külföld bármely piacán is eseményszámba menne. A mi pedig kiváló kiemelést érdemel, az az a körülmény, hogy a tartalom gazdagsága oly velős és áttekinthető kidolgozással párosul, hogy a munkát egyaránt nagy haszonnal élvezheti úgy a gyakorló orvos, mint a szakember. Csak utalok oly kimagasló fejezetekre, mint az arczideg bénulása, az arczsorvadás (Jendrassik), a gerincvelőgyulladás és gerincvelősorvadás (Kéti Károly), a gerincoszlop betegségei (Dollinger), a nyúltvelő betegségei (Jendrassik), a véres agyguta (Kéti K.), az agyvelő syphilitikus megbetegedése (Korányi Frigyes), a hűdéses elmezavar és hystéria (Laufenaucr Károly), az epilepsia (Korányi Sándor), az átöröklődő idegbajok (Jendrassik Ernő), a gümös agyhártyagyulladás (Bókay János); mindezek, és még egyéb fejezetek nagy örömeinkre fényesen igazolják, hogy a nagy klinikai tapasztalás, a széles körű olvasottság, a modern haladás minden árnyalatának kritikai felhasználása mily befekeszett teljességgel munka létesítését tették lehetővé. Örömmel és büszkeséggel tölt el bennünket e nagy mű, mert benne magyar szakembereknek a tudása és tehetsége oly formában nyilatkozott meg, mely bármely forum előtt csak a legnagyobb elismeréssel találkozhatik. Külön dicséret illeti főleg Jendrassik fejezeteit számos kitünően sikerült ábráért, melyek mind a szerzőnek saját photographikus felvételei.

Hogy e kimagasló tulajdonságok mellett a munkában helylyelközzel akadnak egyes pontok, melyekről azt kívánnók, hogy kissé bővebb, illetve rövidebb avagy egyenletesebb tárgyalásban részesültek volna, nem esodálandó. Hiszen tíz szerzőnek társ munkájáról van szó s szinte lehetetlen, hogy az egyéni felfogás imitt-amott erősebben ne domborodjék ki. Így csak általános megjegyzésképp említjük, hogy a kórbonecz-szövetten rész kissé bővebb méltatásban részesülhetett volna, bár el kell ismernünk, hogy e kívánságunk egyes kimagasló fejezeteknél, mint pl. a tabes tárgyalásánál teljes kielégítést nyert. Szintúgy kívánatos lett volna a gerincvelő több fontos betegségének kórszövet-

tani elváltozásait egynehány ábrával érzékíteni, mert a szöveg kitünő volta a képeket legkevésbé sem teszi feleslegessé, sőt értékében és elevenségében csak nyer. A bevezető bonczitani rész, a mily ügyes, olyannyira rövid; ábrái tanulságosan vannak kikeresve és összeállítva. De hiszen meglehet, hogy e megjegyzéseink subjectív természetűek és a munka érdeméből mitsem vonnak le. Annyi tény, hogy a mű a legkényesebb igényeknek is megfelel. Ezt a legelfogultabb bírálónak is el kell ismernie.

Schaffer.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

Myxomyceták, illetőleg plasmodiophora Brassicae Woron. mint állati daganatok előidézői czimvel Podwysotszki tanár előleges jelentést közöl. A rosszindulatú álképletek parasítás teoriájának sötét volta, másrészt a mindinkább szaporodó közlések némely daganatfaj gyakoribb fellépéséről, sőt egyes esetekben infectios voltáról s hosszú éveken át végzett vizsgálataival a carcinoma, sarcoma és endothelioma finomabb morfológiai viszonyait illetőleg ösztönözték arra, hogy experimentalis oltási kísérletek útján nyert eredményekkel bővítse ki tapasztalatait. Míg emberből és állatból származó anyaggal dolgozott, kísérletei eredménytelenek maradtak, illetőleg nem nyerhetett kétségtelen bizonyítékot némely sejtzárlat parasitaer voltát illetőleg. Mindig belevegyült a kérdésbe a skeptikusok azon aggálya, vajjon nem degeneratios productumok-e az összes sejtzárlatok? Az aggályok megnagyobbodnak, ha a protoplasma fixálásáról és szerkezetéről irt újabb munkák ábráit nézzük.

1899. október havában kezdett foglalkozni a 26 évvel ezelőtt Woron által felfedezett myxomycetával, a plasmodiophora Brassicae-vel, mely némely crucifera, leginkább a kelkáposzta gyökereiben duzzanatok és valódi parasitaer-daganatok (Kohlhernien, Kohlkropf) idéz elő. Feltűnt neki a hasonlóság, mely S. Navaschin növényteni készítményeiben a plasmodiophora egyes fejlődési szakaszai és a carcinomákban és sarcómákban található zárlatok között felforg.

A plasmodiophora Brassicae sporáival telt 1–2 cm³-nyi darabjait kelnövény szöveteinek állapotok (háziyúl, tengerimalacz, béka, axolotl) bőre alá és hasürébe helyezte el. Kísérletei nem remélt eredményhez vezettek. 15–18 nap múlva háziyulaknál és tengerimalaczoknál a beoltott darab körül diónyi daganatok képződtek, melyek göreső alatt teljesen parasitaer eredetet mutattak. Részletes munkája az orosz archivumban fog megjelenni. Eddigi megfigyeléseiből azonban már most a következő eredményeket volt képes levonni. 1. Plasmodiophora Brassicae beoltása által állatoknál (eddig háziyulaknál és tengerimalaczoknál) kísérletileg daganatok idézhetők elő. 2. A daganatok mesodermialis eredetűek s progressiv alakjaikban nagysejtű sarcómára, endotheliomára vagy lepromára emlékeztetnek. 3. A daganat a fix kötőszöveti sejtek és a perivascularisűrök endothel elemeinek nagyfokú hypertrophiája és proliferatioja által (mitosisok) keletkezik. Tehát egy myxomyceta-perithelioma vagy granuloma. Leucocytozis kezdetben van, később teljesen eltűnik. 4. A daganatsejtek belsejében a plasmodiophora Brassicae sporái vagy egyenkint vagy nagyobb számban kimutathatók. 5. A régibb daganatsejtekben (az inplantált keldarabhoz közelebb fekvőkben) minden sejt sporákkal van megtöltve olyannyira, hogy az tönkre is mehet, miáltal a daganat központi része sárgás száraz tömeggé eshetik szét. 6. Fiatalabb sejtekben (távolabb fekvők, igen kis csomók) a sporázárlatok ritkábbak, néha alig ismerhetők fel. 7. A daganat némely helyén óriássejtek is találhatók. Bennök sporák nem mutathatók ki. 8. A sporákkal telített sejt magva hosszú ideig normalis marad, nagyobb, chromatinban dús. Némely sejtben azonban szép mitosisok mutathatók ki, a mi azt bizonyítja, hogy a parasita sejtmagproliferatit idéz elő. 9. Az ineciált daganatsejtek képe a phagocytosis tünetényének tekinthető. 10. Némely sporában sejtanagának egy progressiv metamorphosisa fordul elő, sőt egy a mitotikushoz hasonló differenciálódás. Leucocytaen belül sporát sohasem találunk. 11. A Flemming-oldattal kezelt darabok metszeteiben a parasitákkal telt sejtek igen jellemző képet mutatnak. A sporák környékén a protoplasmában kis zsírcseppek foglaltatnak. A sejt zsírral telt vacuolák nagy tömegéből látszik összetettnek, szederhez hasonló. 12. Egy hasüregbeli, a vesékre, thyreoidéára és más szervekre áterjedő, gyermeknél előfordult igen rosszindulatú sarcomatosis egy esetében hasonló alakú, zsírral telt, jellegző nagy vacuolizált sejteket talált, melyek kis gömbölyű testecskékké váltak megtöltve. Az esetet máshol fogja közölni.

A sarcómákban és egyes más rosszindulatú daganatokban (némely emlőrákok) található nagy sejteket az álképlet necrophagismusából, sőt egyes mesodermialis sejteit biophagismusából magyarázza. A plasmodiophoránál a phagocytosis elegendő a parasiták előléására s ez az oka, hogy házi nyúlál és tengeri malacznál a daganatok nem válnak rosszindulatúakká. A phagocytosis teljes hiánya az oka a kelnél a rosszindulatúságnak. Végül felveti a kérdést, nem volna-e megkísérthető a rosszindulatú daganatok gyógyítása egyes mesodermialis sejteit phagocytosis jelenségeinek fokozása által. (Centralblatt für Bakteriologie, 27. kötet, 98. lap.)

Zimmermann dr.

Közegészségtan.

Uj photometert szerkesztett Cohn, breslauer tanár. Feketére festett, fogantyúval ellátott, mindkét végén nyitott szekrényke, a melyben fehér táblácskákra négy jegyű számok vannak írva függőleges rovatokban. Van a szekrényen azonkívül 3. photometerrel pontosan meghatározott fényvisszatartóképességű szürke üveglap, a mely tetszés szerint a táblácskák elé helyezhető és eltávolítható. A számjegyek akkorák, hogy 40 cm. távolságról folyékonyan olvashatók.

Déli időben, midőn jó világos van, diffus fényvel világított ablaknak háttal fordulva és a szürke üvegezést eltávolítva, 30 másodpercig olvassuk le a számjegyeket, párosával, azaz pl. 3264-et 32 és 64-nek, és meghatározzuk, hogy a jelzett idő alatt hány négyjegyű számot birunk ilyen módon leolvasni. Azután az eszközzel a vizsgálandó helyen végezzük ugyanezen kísérletet. Ha 30 mp. alatt ugyanannyi számjegyet birunk leolvasni itt is: a hely a dolgozásra „elégseges” világosságú, ellenkező esetben „elégtelen”. Most a tábla elé toljuk mind a három szürke üveget. Ha ilyenkor is épen olyan jól megy a számjegyek leolvasása, a hely „kitünő”, ha csak két szürke üveggel sikerül, akkor „jó”, és végül, ha csupán egyvel, akkor a hely „használatos”. Ha egy szürke üveg már lehetetlenné teszi a számok leolvasását, akkor a hely „használatatlan”. Az eszközt Tiessen breslauer mechanikus (Albertstrasse 16.) készíti és az ára 15 márka. (Hyg. Rundschau 2. szám.)

Filep dr.

A talaj szűrőképessége bakteriumokkal szemben. Abba, Orlandi és Rondelli 1896 márczius, április és 1898 szeptember havában kísérleteket tettek a természetes talaj szűrőképességét illetőleg. A vizsgált talajrészletet beasótt deszkákkal vették körül, egyébként pedig egészen érintetlenül hagyták. Állott pedig ez a talaj 15–30 cm. vastag humusból, a mely alatt 120–150 cm. szélességű durva homok-, ez alatt pedig kavics és finom homokréteg feküdt. A kísérletekhez prodigiosus kulturát használtak. Ezt nagy mennyiségű vízben elkeverve, elöntötték az említett kísérleti területet, a mely a turini vízművek gyűjtői felett terült el. Az első kísérletnél a prodigiosus 1¼ óra múlva megjelent a legközelebbi gyűjtő vizében; a három következő experimentumnál 7 óra múlva kimutatható volt a 12–27,5 meternyire és 42 óra múlva a 200 meter távolságra fekvő gyűjtőkől lefolyó vezetéki vízben is. A kísérleti terület mélyebb rétegeiben 2 hónap múltán is sok prodigiosust találtak. Hosszan tartó esőzések után ismételt megjelent a prodigiosus a vízvezetékben, s azt a kísérletek után még két év múlva is sikerült a vízből kitenyészteniük. (Hyg. Rundschau 1900, 2. sz.) Filep dr.

Belgyógyászat.

Különféle tejtermékek és egyéb tápláló anyagok bakterium tartalmát vizsgálta meg Bloch. Ezek között a plasmont, a nutrosot, az eulactolt és a Theinhardt-féle hygiamat. Ugy ezekben, mint a búza- és zablisztben nagymennyiségű bacillust, coccust és diplococcust talált. Bloch azt hiszi, hogy egy tápszer jósága nem függ az abban található bakterium mennyiségétől, hiszen egy gm. vajban Prausnitz szerint 10–20 millió csira van. A fő, hogy pathogen bakteriumok ne legyenek a tápszerekben. (Berliner klin. Wochenschrift 1900, 4. sz.) F-r.

A bronchitis fibrinosa és az asthma bronchiale pathológiáját számos körtörténet és az irodalom lehető legkimerítőbb áttanulmányozása alapján összehasonlítva, Posselt a következő következtetésekre jut: 1. A genuin elsődleges vagy idiopathiás bronchitis fibrinosát Leydennel és Curschmannal egyértelműen elvileg különválasztandónak tartja az asthma bronchiale-től, mert a két folyamat teljesen független egymástól. 2. A megkülönböztetési körjelzésnél Schmidt állításával szemben döntő szerepet ad a köpetvizsgálatnak. 3. A croupus bronchitis látszólag fokozza a hajlandóságot az asthma iránt és az utóbbi gyakran másodlagosan csatlakozik hozzá, a midőn is a köpetvizsgálat alkalmával ennek kétségtelen bizonyítékára kell akadnunk. 4. A bronch. fibr.-nál az alvadék főalkotórészét a fibrin képezi, mely sejtekben igen szegény. 5. Ellenben az asthma-val szövődött esetekben mindig sejtdús alvadékokat találunk. 6. Ennek alapján 2 csoport állítható egymással szemben. Az egyiknél tisztán fibrin, alig egynehány sejtlem található, nyálka pedig egyáltalában nem, vagy csak alig keveredik az alvadékokhoz. Asthmás rohamok teljesen hiányzanak, a subjectív panaszok is csekélyek. Ezen köralak aetológiája homályos; lefolyása idült, subacut vagy acut rohamokkal, a midőn is alvadékok találhatók a köpetben. Ezzel a tulajdonképeni genuin bronchitis fibr.-val szemben áll a sokkal gyakoribb másik csoport, a mely asthma-val van szövődve. Itt a köpetben sejtekben gazdag fibrin-alvadékokat, kristályképződéseket, eosinophil-sejteket és gyakran spirálokat is találhatunk; a nyálka hozzákeverődés is többé-kevésbé bővebb, mint az előbbi alaknál. A lefolyás súlyosabb, acutabb. Mindezek alapján jogosulatlanul tartja a bronch. fibrinosát az asthmás folyamat egyszerű fokozásának tekinteni. (Prager medizinische Wochenschrift 1899, 14. és 45–50. sz.) Hönliz Izsó dr.

Az orr és áll valószínűleg trophiás zavarának tartja P. Marie azon esetét, melyben tabeszes betegen a mondott helyen sajátos excoctatiók és fekélyek támadtak. (Soc. de neurol. de Paris. Revue neurol. 1900. 1. sz.) —ts.

A szem tic-je 17 óráig tartó eszméletlenség roham után állott be Crouzon egy betegén. A tic ezen localisatioja igen ritka. Kérdés, psychastheniás beteggel van-e dolgunk, vagy e tünet a dementia korai jelensége-e? (Soc. de neurol. de Paris. Revue neurol. 1900. 1. szám.) —ts.

A corpus callosum tumorának bonczolt esetét közli Touche. A klinikai tünetek beszédzavarban, dysarthriában és skandáló beszédben, a nyelvmozgás korlátozottságában, a jobb arczban támadó rángásokban és ilyenkor a szemek conjugált deviatiojában állottak. Később a nyakizmok merevek lettek, a jobb kézben akaratlan mozgások állottak be, majd motoros aphasia, a szemgolyó mozgásainak korlátozottsága, bal facialis bénulás, reflectorius pupilla-merevség, a fej és szemek conjugált balra devialása egészítették ki a kórképet. (Soc. de neurol. de Paris. Revue neurol. 1900. 1. sz.) —ts.

A dorsalis regio tabese címén írja le Klippel azon klinikailag és anatómiailag vizsgált esetet, melyben csak a dorsalis regioban volt gyökérmegbetegedés. Tekintve, hogy a tabesban található degenerációt a gyökér után másodlagosnak tartja, a lumbosacralis részben támadt rostelfajulást ez esetben (minthogy az illető gyökerek épek) nehéz volna magyarázni. K. azt hiszi, hogy a hátsó pampatok commissurás rostjai leszálló másodlagos degenerációjával van itt dolgunk. A lumbosacralis gyökerek ép voltának megfelelő, hogy a nyaki részben a Goll-pamat peripheriás része ép. A vitában Marie e feltevést nem fogadja el. Déjerine felveti a kérdést, hogy a cachexiás állapotnak milyen befolyása van a jelzett elfajulásra. (Soc. de neurol. de Paris. Revue neurol. 1900. 1. szám.) —ts.

A bal cuneusban lágyulások góczot derített ki a bonczolás Marie és Crouzon egy esetében, melyben jobboldali külső hemianopsia volt úgyszólván az egyedüli tünet. (Soc. de neurol. de Paris. Revue neurol. 1900. 1. sz.) —ts.

Meralgia paraesthetica észlelték Sabarés és Cabannes (Bordeaux) egy 60 éves egyénnél; a beteg helyen 2 foknyi hidegülest találtak; e hely pilocarpin-injectio adásakor nem izzadt. Ez állapot fenmaradt, míg a gyulladás beállott, mely kénfürdőknek volt köszönhető, míg a natrium salicylicum hatástalannak bizonyult. (Soc. de neurol. de Paris. Revue neurol. 1900. 1. sz.) —ts.

Kék színvakság zsugorvesénél. König és Simon figyelmeztettek először különböző retinitisek és ablatio retinae kapcsán fellépő kék színvakságra. Gerhardt ezen tünetet vesebajoknál kereste és jelenlétét zsugorvese két esetében tényleg ki tudta mutatni. Mindkét beteg a színeket jól tudta megkülönböztetni, csak a kéket mondta feketének. A kék színvakság nemcsak a központi látásra vonatkozott, hanem a környéki látótér egy nagy részére is kiterjedt. (Münch. med. Wochenschrift 1900. 1. sz.) Hönliz Izsó dr.

Egy új guajacolkészítményről számol be Einhorn. A diaethylglycocol-guajacol sósavas sójából, melyet a höchsti gyár guajacol elnevezés alatt hoz forgalomba, Heinz vizsgálatai szerint a szervezetben bőven lesz guajacol szabaddá; a vegyület teljesen ártalmatlan, nem edző, könnyen felszívódó, érzéstelenítő, antiseptikus és desodoráló hatással bír. Gyógyértékét tüdőgümőkóránál próbálta ki. 30–120 gr.-ot adott pro die ostyában per os, vagy concentrált vizes oldatát bőr alá fecskendezte. Az utóbbi eljárás nem járt semmiféle kellemetlen mellékhatással. Gyomorzaravokról a betegek nem panaszkodtak, sőt étvágyuk javult, testsúlyuk nőtt; némely esetben a csúcselváltozások is kedvezően befolyásoltak. Gümös gégefekélyek minden helyi kezelés nélkül meggyógyultak és ugyanilyen természetű diarrhoeák 3-0 gr. belsőleg való adagolása után rendszerint azonnal megszűntek. Desodoráló hatását 10–20%-os oldatban ozoenánál, 1/2–20%-os oldatban stomatitiseknél, eves carcinomáknál stb. ismételt jó sikerrel vette alkalmazásba. Desinficiáló és fájdalom csökkentő együttes hatása magyarázza meg ama jó eredményeket, a melyek 1–30/00 oldatával történt mosásokra cystitiseknél és a szemészetben is (a szem felszínes sérüléseinek, a kötőhártya idült lobos bántalmainál stb.) elérhetők. (Münch. med. Wochenschrift, 1900. 1. sz.) Hönliz Izsó dr.

Chorea és láz. Witthauer-nek két choreás gyermeknél alkalma volt megfigyelni, hogy interkurrens fellepő lázra az önkéntelen izomösszehúzódnások azonnal csökkentek és néhány nap múlva teljesen megszűntek. A láz eme befolyása annál érthetőbb, mivel tudvalevőleg az agykéreg izgalma a láz inkább fokozni szokta. A chorea terápiájára eme érdekes észlelethöz hasznavehető következtetéseket vonni alig lesz lehetséges, hacsak a francziák mintájára terpentin-injectiók által mesterséges lázat nem idézzük elő; oly eljárás, melyre, tekintve az ezzel járó kellemetlenségeket és veszélyeket, csak nehezen szánunk el magunkat. (Münch. med. Wochenschrift, 1899. 52. sz.) Hönliz Izsó dr.

Sebészet.

A volvulus és az invaginatio gyökeres műtévése resectioval. Kiindulva azon tapasztalatból, hogy a volvulus, dacára az egyszerű sikeres detorsionnak, gyakran mutat recidivára hajlamot, Eiselsberg minden esetben ajánlja a megcsavarodott bélrészletnek resectioját. Rendszeren az S-romanum szokott a mesosigma megcsavarodása következtében veszélyeztetve lenni; az ok a mesosigma tövének közelítése illetve megrövidülése peritonealis összenövészek által. Riedel ajánlotta az összenövészek megoldását sokszoros bemetszésekkel. De sem ezen eljárás, sem a Roux ajánlotta colopexia nem nyújt abszolút biztosítékot a recidivák ellen, akár Nussbaum és Roser szerint a colont varrjuk a hasfalhoz, akár Roux szerint a mesosigmat öltjük a fali hasbáthoz. Mind ez esetekben a heges zsugorodás, illetve a peritonealis összenövészek megnyúlása újabb ok lehet a volvulus recidivájára. Ezért úgy volvulusnál, mint invaginational ajánlja a megbetegedett rész teljes resectioját, még ha a bélfalban másodlagos elváltozások nem is jöttek létre. A bélfal üszkösödésénél az eljárás úgyis általánosan szokásos. Ha a beteg elgyengült állapota nem engedi meg e gyökeres műtétet, elégedjünk meg egy anus praeternaturalis készítésével, a csavarodott bélrészletet jodoform-gaze-zel izolálván és a végleges műtétet későbbi időre halasztva. Indokolja ez eljárást — melyet invaginational is alkalmaz — azzal, hogy összes betegeinél a volvulust többszörös ileus tünetek előzték meg, melyek beöntésekre visszafelüdtek. Másrészt 4 nem resectioval kezelt betege közül 3 volvulus recidiva következtében halt meg, egy közülök másodszori laparotomiával és a csavarodott bélrészlet resectiojával gyógyult csak meg. (Deutsche medic. Wochenschrift, 1899. 49. sz.) Manninger Vilmos dr.

Patellatörés 11 esete kapcsán ismerteti *Doebbelin* a Koenig tanár klinikáján használatos eljárást a patellatörések gyógyítására. A patella közepe felett vitt haránt bőrmetszéssel feltárják a törés helyét. A vér eltávolítása után 2 erős catgut-fonállal egyesítik a patella törés-végeit, a periostot és a fasciát külön catgutvarrattal egyesítik és felette a bőrt összevarrják. Csak egy esetben nem volt teljes a csontos egyesülés, ez esetben csak vékony csontid egyesítvén a törési végeket. A többiben a restitutio úgy anatómiai, mint functionális tekintetben teljes volt. (*Deutsche medic. Wochenschrift*, 1899. 49. sz.)

Manninger Vilmos dr.

A patellatörések gyógykezeléséhez. *Coste* törzsorvos Bergmann klinikájáról 25 esetet közöl, melyek 1893–1900-ban műtételeg kezeltettek. Bevezetésül felsorolja a nem radicalis kezelés hátrányait: tökéletlen s egyáltalában megbízhatatlan egyesülés a legjobb esetben, a törvégek eltávolodása, megfordulása, az inak s az izmok tértelenségi zsugorodása. A haemarthros kezelése massage-zsal és punctioval elégtelen a vér gyors megalvadása miatt. Ehhez járul még a refractio veszélye a fent említett okokból gyenge és bizonytalan használhatóságú végtag-nál. A klinikán nem esontvarrattal kezelt 16 eset közül csak 6 gyógyult jó functionoval, refractio pedig négyszer észleltetett. Ugyanily eredményeket mutatnak a szerző által közölt angol nagy statisztikák. A sérülés functionális következményei Bergmann szerint kétfélek: a) nyújtási gyengeség, ha csak a nyújtókészülék közepe (patella, lig. patellae stb.) sérül meg; járás nagyon nehezített, de lehetséges, fekvő helyzetben a beteg a lábát kinyújtani és felemelni képes, de lépésnél lefelé menve összebecslik; b) nyújtási bénaság a teljes harántszakadással, teljes járási képtelenség mellett a fekvő beteg lábát nem tudja emelni. Ezen hátrányok és következmények legjobb indicatioi a radicalis eljárásnak. Így a 25 esetben 21 patellatörést egyesített egyszerű csontvarrattal, két esetben a törvégek összeegyeztetése céljából tuberositas tibiae mellett felfelé helyezni, kétszer pedig csupán a nyújtókészülék volt egyesítendő, midőn is egy ízben a rectus in szakadt el túlnyújtáskor, egyszer pedig a tuberositas tibiae túlhajlításkor szakadt le. A műtét a sérülés utáni 3–14-dik napon végeztek, fedett törésnél következő tipikus módon: 12 cm.-nyi hosszirányú bőrmetszés a patella közepe felett; az ízület megnyitása, kitakarítása (a vér mindig legnagyobb részt alvadva találtatott); ellennyilások két oldalt a legmelyebb pontokon. Pontos vérzésleállapítás. A törvégek felszabadítása, felrészítése, megfürása, összedrótozása (rendesen két aluminium bronz kacscsal), a nélkül, hogy a porcfelszín megsértenék. A szálagkészülék netaláni sérüléseinek catgut használata és a bőrseb egész hosszában egyesítették. A seb aseptikus befedése után az egész végtag és a medence is gipszkötésben rögzítették. Zavartalan lefolyásnál a hetedik napon a kötés megablakoltatik és így a varratok s a drainek kiszedtetnek. Három hét múlva a kötés medencei és mellősi csomói része eltávolítása után a quadriceps massage-zsal és a faradisióval kezelik. További két hét múlva minden kötés eltávolítatik és a beteg az ágyban az orvos felügyelete mellett passiv és activ mozgásokat végez. Egy hét múlva (összesen hat hét) a beteg felkel, térdtökkel járál, mely sodronybetéttel van ellátva s így a hyperflexió meggátolja. 14 esetben az eredmény teljes volt, ide számítva 3 esetet, melyben a maximalis hajlítás kissé korlátozott; három eset további sorsa teljesen ismeretlen; egy teljesen láztalan beteg, ki kórházi tartózkodásának 40-dik napján már fennjárt, egy a vena popliteából származó tüdőembolia folytán hirtelen elhalt, egy esetben a térd merev maradt, mert a beteg a masszage és mozgást teljesen elhanyagolta. Három esetben a végtag gyengesége és bizonytalansága maradt vissza; ezek közül egy beteg mint atactikus tabikus szerzett a sérülést; egy másiknál a patellából egy darab teljesen ki lévén törve, ennek eltávolítása folytán az egyesítés után a nyújtó készülék túlságosan megrövidült; a harmadik beteg a conservative kezelt patellatörés után visszamaradt gyengeség miatt refractiót szenvedett, a törés összedrótoztattott, de a lába gyenge maradt, sőt összeforrt patellája is még egyszer eltört, midőn lépésnél lefelé menvén, összebecslik. Ugyanigy szenvedett refractiót egy másik beteg, ki 35 nap múlva saját lábán hagyta el a kórodát, de ennél teljes használhatósággal gyógyult meg a refractio. A gondos utókezelés által elérhető eredményt legjobban megvilágítja egy tiszt esete, kiaz 1870/71. háborúban térdbe lövett; a löveg eltávolítása után tényleges szolgálatát ismét végezte, csupán egy kis deformitás és igen kismértékű flexio korlátozottság maradt vissza. 1893-ban patellatörést szenvedett s az ekkor végzett műtéténél egy régi arthritis nyomai találtak. Műtét utáni 42-dik napon erősen (120°) korlátozott hajlító képességgel és nagyfokú bizonytalansággal távozott fürdőbe, hol kellő mechanotherapeutikus kezelés folytán annyira javult, hogy egy negyedév múlva a tényleges szolgálatot ismét megkezdhetette. Infectio mindig teljesen elkerültetett, egy esetben börtályog volt. (*Arch. f. klin. Chirurgie* 60. kötet, 4. füzet.)

Picker Rezső dr.

Szülészet és nőgyógyászat.

További tapasztalatok a spondylolisthetikus medencéről. *Braun Fernwald Rikhard* három esetből merített tapasztalatok alapján következőben foglalja össze az ezen medencealakra jellemző tulajdonságokat a differential-diagnostikus jeleket: 1. A törzs hátsó felületének vizsgálatánál feltűnik a csipőtarajok feletti dudorok nagyfokú kiemelkedése s ezek felett mindkét oldalt 1–1 mély behúzóda, úgy hogy e megtekintés azt a benyomást adja, mintha a mellkas és mellfelé esúszott volna. A keresztcsont kissé hátrafelé szorított, a Michaelis-féle árok oly módon változott meg, hogy a felső háromszögének magassága kisebb, mint az alsóé. Jól látható és kitapintható az utolsó ágyékesigolya tövisnyújtványa s e fölött egy. bemélyedés. A

farfokák oldalsó felülete mélyen behúzóda s a keresztcsont annyira retroponált, hogy a contourjai jól láthatókká lesznek s a synchondr. sacro-iliaca két oldalt 1–1 kiugró csontléc alakjában jól kitapintható, ép úgy, mint a spinae post. superiores. 2. Az utolsó ágyékesigolya tövisnyújtványa feletti bemélyedés a keresztcsont egyidejű retropressioja mellett már magában véve is jellemző ezen medencealakra. Megfelelően ezen bemélyedésnek egy oly conjugatát (diagonalis) fogunk találni, mely viszonyítva a conj. externához feltűnően rövid. 3. Belső vizsgálatnál egy kifejezett csuszamlási szögletet találunk, mely egy lépcsőszerű kiszökellést képez s az 5. ágyékesigolya tövisnyújtványa feletti behúzóda felel meg: ezen correspondentia pedig kétségtelenül megerősíti a spondylolisthesis kórméjét. 4. A medenceoldalsó csökkenése ezen medencealakra jellemző (bár előfordul más medencealakoknál is) s a betegség előhaladásával fokozódik. 5. A sphaerikus oldalszögletekre nem fektethető nagy súly, mert némelykor ezen medencealaknál is kevésbé kifejezettek. 6. A medence tölcséralakja nem feltétlen következménye a spondylolisthesisnek, ép úgy, mint a keresztcsont szögletmegtorzítása is csak véletlen lelet; ellenben a keresztcsont, illetőleg az ő basisának retropositioja a legjellemzőbb tünetek közé tartozik. 7. Az aorta bifurcatiojának kitapintása a betegség kórméjét támogatja, ellenben nem okvetlenül szükséges ahhoz, miután a betegség kisebb fokainál nem tapintható ki s azonkívül más medencealakoknál is előfordulhat. 8. A járás — a lábknak negatív terpeszszerűségével s igen rövid léptekkel — a medence alakjától s dőlésétől független s csak attól függ, vajjon a betegség lefolyt-e már, avagy nem. A járásnak ezen módja tehát csak annyiban bír jelentőséggel a spondylolisthesisre, a mennyiben jelenléte a betegség mellett szól, hiánya ellenben egyáltalában nem zárja ki azt. (*Archiv für Gynäkologie*, 59. kötet, 3. füzet.) *Neumann Szigfrid dr.*

A tubo-ovariális terhesség *Leopold* tanár szerint akkor jöhet létre, ha az egyik oldali petevezető s petefészek egymással — akár veszületett módon, akár későbbi megbetegedések folytán — összetapad, úgy hogy a tuba tölsérje a petefészkeknek egy kisebb-nagyobb részletét körül fogja. Ilyenkor egy erő folliculus a petevezető felé nyílik meg, s a pete kilépésekor a véletlenül jelenlévő spermatozoák által megtermékenyíthetők. Az ovulum fészke ilyenkor ép úgy fejlődhet ki az összeesett tüszőben, mint a petevezető abdominalis végében vagy pedig mindkettőben egyszerre, további növekedésében pedig nagy fokban kitágítja a petefészeket a tubavéggel együtt egy közös, nagy petezsákká, melynek egész domborulata fölött végig fut a rendkívül erősen megnyúlt tuba. Hogy mindezen esetekben a petefészek tényleg részt vesz a petezsák falzatának képzésében, azt szerző vagy egészen közvetlen histologiai bizonyítékokkal képes megerősíteni, vagy pedig a körülményekből következtethet e tényre. (*Archiv für Gynäkologie*, 59. kötet, 3. füzet.) *Neumann Szigfrid dr.*

Bőr- és bujakórtan.

Lymphangoitis gonorrhoeica esetet közöl *Mirabeau* (München) adalékul a gonococcus által termelt geny beajtási fertőző képességéhez. Az esetet önmagán észlelte. Egy nőbetegnek, kinek méhnyaki váladékából ismételtelen sikerült gonococceust kimutatnia, gátképlő műtétet végezve, varrás közben bal hüvelykujja hegyét megszurta; már másnap fájdalom, majd tipikus, 39-10 lázzal járó nyirkedénylob, a hónalj mirigyek fájdalmas duzzanatával; feltűnő volt az operált betegnek láztalan gyógyulása, mi a közönséges sebfertőzést a műtőnél is valószínűtlenné tett. A beszúrás helyén apró, gombostűfejnyi hólyagcsa keletkezett, melynek véres tartalma görcsövilleg megviszálva, vörös és fehér veresjeteiken kívül tisztán csak gonococcusokat mutatott. A lobos tünetek hosszasan fenmaradó rheumatikus ízületi és izomfájdalmak visszahagyásával lassan fejlődtek vissza. Ujabbán *Schleich* egyik munkájában (*Neue Methoden der Wundheilung*, Berlin, 1899) *gonorrhoeikus váladék és különleges orvosi lymphangoitis* című fejezetben, mint önálló kóralakot tárgyalja az orvosi foglalkozással járó, ezen még le nem irt alakját az idült, progrediáló fertőzésnek, melynél a gonococcus specifikus jelentőséggel bír, az orvosi kórházi furunculushoz, a szülésznők lochialis furunculushoz és a kórboneczkok hullatuberculumának példájára. (*Centralbl. f. Gyn.* 1899, 41. sz.)

Reich Dezső dr.

Fülgógyászat.

A hallás agykérgi középpontjáról ír *W. v. Bechterew*. Közli röviden előző vizsgálatainak, melyeket madarakon (galamb, tyúk) végzett, eredményét. Szerinte a madarak hallási hemisphaerájuk kiirtása után látó- és hallóképességüket az ellenoldalon elvesztik, miből következik, hogy ezen állatoknál a hallóideg rostjai, az agykéregbe való lépés előtt, teljes keresztteződésnek vannak alávetve. Madarak mindkétoldali félteke kiirtása után — különösen eleinte — teljesen vakok és siketek. Egy idő múlva azonban ez állatok fényre és zajra újra reagálni kezdenek. Ujabbán macskákon és kutyákon végzett kísérleteket. Az állatok a félteke kiirtása után még néhány napig éltek és ő azokat ezen idő alatt teljesen vakoknak és siketeknek találta. Ez irányban főleg *Larinoff* dolgozott nála és munkájának eredményeit a következőkben foglalja össze: 14 kísérletet végzett a temporalis lebeny kérgének kiirtásával, kettőt a kérgfelület izgatásával, s három kísérleti esetben különösen a siketséget vizsgálta. E vizsgálatokból nemcsak a hallóideg hiányos keresztteződése tűnt ki, hanem még ama különböző viszony is, mely a halántéklebeny kérgének egyes területei és a különböző magas hangok perceptioja közt van. E viszony pedig az lenne, hogy a mély oktávok hang-középpontja — a magas oktávok közepe felé — eleinte a 2. tekervény hátsó alsó részletén, felülről lefelé fut, azután alulról a 2. barázda (fissura postsylvia Owen) hátsó végét ívalakúlag megkerülvén,

a 3. tekervényben alulról felfelé halad, eme tekervény esücsát elérve, lefelé fordul és a 3. barázdán át (fissura ectosylvia Owen), helyesebben ez alatt a gyrus angularis hátsó felébe megy át. A zörejek perceptioja a zenei hangok perceptiojával egyszerre vész el. A Munk által leírt lelki siketséget kísérletei közben nem találta. A szavak felfogása rendszeren nem vészett el, midőn a hangok és zörejek felfogása már eltűnt. Ezt *Larinoff* úgy magyarázza, hogy a kutyáknál is van egy a *Wernicke*-féle centrumnak megfelelő hely a 3. tekervény középső részében. Az agykéreg faradikus izgatására fül-, szem- és fejmozgásokat kapott, a halánték kéreg ama régiójáról, a melyik a hanglejtőt foglalná magában. E mozgások megfelelnek kifejezett agyfigyelési (Hirnhorchen) állapotnak. A kéreg hallási középpontjai tehát egymásutánban fekszenek, azaz a halántéklebeny kérgében hasonló hanglejtő van, mint a csigában és a csiga húrjai itt bizonyára egymás mellé helyezett idegsejtesoportok által reprezentálódnak. Az itt nyert eredményeket az emberi agyra vonatkoztatva: a hallási központ az emberben a 2. és első halántéktekervényben és a sziget hátsó részében fekszenek, minthogy a kutya 4. tekervénye a sziget hátsó tekervényének felel meg. Ebben a központban kell tehát úgy a zenei hangoknak, mint zörejeknek is felfogásra jutniok. Eme centrum bizonyos részlete, mely a nagy sext (b^1-g^2) perceptiojának felel meg — és a kutya 3. tekervényének hátsó nagy részét foglalja el, embernél azonban az első halántéktekervény hátsó $2/3$ -ában fekszik — lenne a beszéd perceptiojára rendelve és alkotná a *Wernicke*-féle középpontot. (Arch. f. Anat. und Physiol. Physiologische Abtheil. 1899. okt. 25. Supplement Band II. Hälfte, 391. lap.)

Ifj. Klug Nándor dr.

Kiseb közlemények az orvosgyakorlatra.

Tabes dorsalis gyógyítása. A lancináló fájdalmak ellen jó eredménnyel használja *Hirschkrone* az antifebrint és phenacetint; az első 0.25 grammot, a másodikat 0.5 grammot adagban adja a roham kezdetén és 1–2 óra múlva egyszer megismétli az adagot; a következő gyógyszer is használja: Rp. Extr. cannabis indicae 0.5; Acidi salicyl. 5.0. Div. in dos. X. Naponként 3 port. Külsőleg az ichthyolt alkalmazza ichthyolmóriszap alakjában, melyet meleg vízzel főz, 30–35°-ra fölmelegít és vászonba burkolva a fájdalmas helyekre tesz, a hol meleg kendőkkel betakarva, 1–1 1/2 óráig marad. A fájdalom állítólag már néhány perc múlva megszűnik. Az ichthyolmór tabesben kívül idült rheumatismusnál, neuralgiáknál (ischias) és különböző exsudatumoknál is meglepő eredményeket ad. A hatás még fokozható azzal, hogy a beteg helyre előbb 30%-os ichthyol-kenőcsöt teszünk és csak e fölé alkalmazzuk az ichthyolmórt. A mór hőmérséke ne legyen magasabb 35–40°-nál. (Centralblatt f. d. ges. Therapie, 1899. Wiener medicinische Blätter, 1899.)

Herpes zoster gyógyítására *Bleuler* 10%-os cocain-kenőcsöt ajánl, egyenlő mennyiségű lanolinnal és vaselinnel készítve. A kenőcsöt vékony rétegben kenjük a beteg bőrrészetre, és azután még egy a kenőccsel bekenet ruhadarabot is teszünk ezen helyre és azt alkalmas kötéssel rögzítjük. 23 esetben az eredmény nagyon jó volt: a fájdalom úgyszólván rögtön csökkent és néhány nap alatt teljesen megszűnt, a betegség nem terjedt tovább és 8–10 nap alatt teljes gyógyulás következett be. (Neurolog. Centralblatt, 1899. 22. sz.)

Izületi csúsz esetében nagyon jó eredménnyel használja *Edlefsen* a 10%-os ichthyol-vasogent, melyet erősen bedörzsöl a fájdalmas ízületek felett levő bőrre. Ha az ízületek nagyfokú érzékenysége miatt a bedörzsölés nem vihető keresztül, ichthyol alkohol-aetheres oldatát használja beecsetelés alakjában, azonkívül belsőleg is ad ichthyolt labdac-salakban vagy tokokban. (Therap. Monatshefte, 1900. január.)

Hetiszemle és vegyesek.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1900-dik év kilencedik hetében (1900. február 25-dikétől március 3.) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1900-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 669,120, katona 16,220, összesen 685,340. Elveszületett 475 gyermek, elhalt 285 egyén, a születések tehát 190-el múlták felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 36.0. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra: 21.6, az egy éven felüli lakosságnál: 16.6, az öt éven felüli lakosságnál: 14.2. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 2, angina diphtheritica —, pertussis 1, morbilli 9, scarlatina 3, variola —, cholera asiatica —, typhus abdominalis —, febris puerperalis 1, influenza —, egyéb ragályos betegségek 4, meningitis 14, apoplexia 8, eclampsia 4, szervi szívhaj 18, pneumonia, pleuritis et catarrh. bronch. 48, tuberculosis pulmonum et phthisis 57, diarrhoea et enteritis 4, gastro-enteritis 5, rák és egyéb újképletek 11, ezek közül méhrák 4, morbus Brightii et nephritis 7, rachitis 2, scrophulosis —, veleszületett gyengeség és alkathiba 18, atrophia et inanitia 2, marasmus senilis 12, erőszakos halálozás 14, ebből gyilkosság és emberölés 1, öngyilkosság 6, baleset 7, kétséges —. — **II. Betegedés.** A) Betegforgalom a városi kórházakban. A múlt hó végén volt 2889 beteg, szaporodás e héten 852, csökkenés 828, maradt e hét végén 2913 beteg. B) Hevenyragályos kórházban előfordult betegedések voltak 1900. évi február 25-dikétől március 4-dikéig terjedő első héten a tisztifőorvosi hivatal közleménye szerint (a zárjelben levő számok a múlt heti állást tüntetik fel): cholera — (—), himlő (variola) — (—), scarlatina 39 (27), diphtheria, croup 22 (24), hagymáz (typhus) 4 (5), kanyaró (morbilli) 94 (102), trachoma 9 (5), vérhas (dysenteria) — (—), influenza — (—), hökhurut (pertussis) 23 (30), orbáncz (erysipelas) 15 (11), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 2 (—), ezenfelül varicella 39 (33).

* **Egyetemi alkalmaztatások.** Az orvoskari tanártestület folyó évi március 13-dikán tartott VII. ülésében egyetemi alkalmazást nyertek a következők: *Décsi Károly* dr. az elme- és idegkórtani intézet II. tanársegéde ugyanoda I. tanársegéddé; *Hudocernig Károly* dr. az elme- és idegkórtani intézet díjazott gyakornoka ugyanoda II. tanársegéddé megválasztatott; *Balázs Emil* dr. az I. sz. kórboneztani intézet díjazott gyakornoka és *Ringer Jenő* dr. az elme- és idegkórtani intézet díjazatlan gyakornoka állásukban meghagytak. *Sipőcz Géza* dr. az elme- és idegkórtani intézethez, *Steinberger Sarolta* szigorló orvos és *Polano A. Bruno* orvostanhallgató az I. sz. kórboneztani intézethez díjazatlan gyakornokká megválasztattak.

✕ **Balneológiai congressus.** A X. magyar balneológiai congressus f. év április 29-dikén és 30-dikán fog megtartatni; az országos balneológiai egyesület igazgató tanácsa a congressus programját legközelebb fogja közzétenni.

— **Taufer Vilmos** dr. egyetemi tanárt a belügyminister kormánybiztossá nevezte ki és azzal az utasítással látta el, hogy az országban az alsóbb bába-folyamokat a törvényhatóságokkal egyetértve rendezze.

— **Högyes tanár Pasteur-intézetében** folyó év február havában 181 veszett vagy veszettségre gyanus állatmarta egyén (155 magyarországi, 6 horvát és szlavin, 3 boszniai és hercegovinai, 17 szerbiai) nyert antirabikus védőoltást. 167 egyént kutya, 10-et macska, 2-t ló, 1-et ember inficiált. Halálozat nem fordult elő. Évi folyó szám: 344; egyetemes folyó szám: 12,630.

△ **A budapesti önkéntes mentő-egyesület** segélyét február hónapban 694 esetben vették igénybe.

± **A Taufer-féle szülészeti poliklinikum** f. év február havában 147 esetben nyújtott segélyt 52 műtétet. Évi folyó szám: 299.

† **Elhunyt.** *Torony Károly* dr. m. kir. honvéd ezredorvos az I. huszárezredben 41 éves korában 1900 március 15-dikén. Beosztott műtőnövendék volt az I. sebklinikán.

✕ **Megjelent füzetek:** *A törvényszéki orvosi vizsgálat tárgyai.* Hivatalos kiadás. Kiadja a m. kir. igazságügyministerium. Budapest, 1900. — *Angelo Celli:* Die Malaria nach den neuesten Forschungen. Urban u. Schwarzenberg. Berlin. Wien, 1900. — *Grósz Emil:* A szem-bajok összefüggése a szervezet egyéb betegségeivel. Egyetemi előadások vázlata (Syllabus). Budapest, 1900. — *Bibliographia medica* (Index medicus). Paris, 1900. Folytatása kíván lenni a 6 hónapja megszűnt amerikai Index medicusnak, havi folyóirat alakjában.

⊕ **Hibaigazítás.** Lapunk 8. számában a 116. oldal első hasábjának 15. sorában „anod” helyett „kathod” olvasandó. Ugyancsak a 116. oldal második hasábjának 27. sorában a következő szavak: „az előbbi a negatív, utóbbit a pozitív polussal költve össze” elhagyandók.

— **r. Lutz porcellán-email-festéke** kör- és műtőtermek, halottikamrák, fürdőszobák, lépcsőházak, folyosók, főző- s mosókonyhák, closetek stb. részére.

Szakkörökben már rég óta megérlelődött azon meggyőződés, hogy közönséges olajfestés vagy meszelés, mint fal- és mennyezetmázolás kórházakban, gyógyintézetekben, fürdőkben, iskolákban nemesak hygienikus szempontból elégtelen, hanem a szükségessé váló gyakori újrameszeléssel és tisztítással járó kellemetlenségek és költségek miatt a gyakorlati érdekek sem felel meg. Ép ezért mindama helyiségekben, hol a könnyű tisztítás és fertőtlenítés kívánatos, már régebben a zománczolásra tértek át, mely zománczok közül a Lutz porcellán-festék kiváló helyet foglal el.

Lutz porcellán-email-festéke háromszori mázolásal egy kemény, porcellánszerű felületet szolgáltat, mely vízzel való mosás, carbol- vagy sublimat-oldattal való fertőtlenítés által egyáltalán nem szenved és a melyben por, piszok, betegségesírak tért nem foglalhatnak.

Ezen előnyök kapcsolatban sok évi tartóssággal és könnyű kezeléssel alkalmazását anyagilag is előnyössé teszik, annál is inkább, mivel a máskülönbön elkerülhetetlen, annyira terhes és költséges újrameszelések elmaradásával jelentékeny takarítás éretik el.

Azt hisszük ezek szerint, hogy Lutz porcellán-email-festéke, melynek czélszerűségéről a gyakorlatból számos ítélet nyilatkozik, az érdekelt köröknek figyelmét megérdemli.

Téli kúra Szt. Lukács-fürdő Budapest

A „Kristály” Szt. Lukács-fürdő savanyúvíz, mint kellemes üdítő ital ajánlatik

Dr. **Herczel** egyet. m.-tanár újonnan épült „Fasorsanatoriuma” (magánygyógyintézet) **sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek** részére. Budapest, VII., Városligeti fasor 9. sz. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitiűnő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kívánatra prospektus.

Dr. **Baumgarten Samu** Stefánia-út 55. szám alatti **Sanatorium** sebész-főorvosa osztályán **sebészeti és húgyszervi betegek** külön szobára kitiűnő ellátás, gondos ápolás és állandó orvosi felügyelet mellett **napi négy forintért** vétetnek fel. Bővebbet 1/22—1/24-ig járóbeteg rendelőjében, Budapest, VI. ker., Eötvös-utca 23. szám.

Kénes iszapfürdők, természetes fürdőmedence. Begöngyölések iszappal. Kád- és gőzfürdők. Massage. Kitiűnő szállodák. Meghülés kizárva. Vendéglő saját üzemből. Olcsó árak. Gondos kezelés. A fürdő főorvosa: Dr. Bosányi Béla kir. tanácsos. Prospektust ingyen küld az igazgatóság.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. Orvosegyesület. (XII. rendes ülés 1900. márczius 10-dikén.) 172. 1. — Közkórházi orvostársulat. (IV. bemutató szakülés 1900. február 24-dikén.) 172.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XII. rendes ülés 1900. márczius 10-dikén.)

Elnök: Réczey Imre; jegyző: Dieballa Géza.

Intussusceptio miatt végzett hosszú béldarab resectioja.

Boros József: A bemutatott ú. n. ultra-acut esetben (a roham beállta után már rövid idő múlva hányás, teljes szék- és szélrekedés) a chloroform-narcosisban végzett hasmegnyitáskor rögtön rátaláltak a körülbelül férfialkarhosszúságú és vastagságú vékonybélkacsrára, melyet kiemelve, kiderült, hogy egy ritka nagyságú vékonybél-invaginatioval állanak szemben. A desinvaginatio után oly kórosnak mutatkozott a megfelelő béldarab, hogy szükséges volt a 208 cm. hosszú bélkacsot mesenteriumával együtt resecálni; utána a bélrészek egyesítése Murphy-gombbal, hasi toilette, a hasfalak egyesítése silkworm-öltésekkel. A lefolyás kedvező volt, a varratok a 8-dik napon vették ki, egyesülés per primam. A Murphy-gomb a 10-dik napon távozott, utána még egy hétig gyakori híg széklettel, azután rendes szék. A beteg 50 nap alatt 12 kilogrammot hizott.

Az irodalomban eddig 14 eset van közölve, melyben 160 cm.-nél hosszabb bélrész távolított el. Bemutatónak 3 idetartozó esete van, ezek közül az egyiknél — 175 cm. hosszú vékonybélkacs resectioja — már 8 hónap telt el a műtét óta, a nélkül, hogy bélzavarok mutatkoztak volna.

Perochirus unilateralis esete.

Tihanyi Mór: A 22 éves, alacsony termetű, középerős csontrendszerről és izomzatú férfi jobb felső végtagja egészen rendes; a bal felkar ugyanolyan hosszú, mint a jobb, csupán az inaktivitás folytán kissé gyengébb; a bal alkar már 3 cm.-rel rövidebb mint a jobb, a bal kéz helyét pedig egy különös torzsalak foglalja el, melynek legnagyobb hossza 2 cm., legnagyobb szélessége 4 cm. Ezen képletben, melyet ép bőr fed, a kéztőcsontok durvánosan megvannak, ellenben a középsőcsontok és csontos ujjperczek hiányzanak; a képlet distalis végén az ujjaknak megfelelő helyen öt apró, szemölcsalakú kinövés van; a hüvelykujjnak megfelelő helyen levő durvány legnagyobb és hátsó felületén apró köröm van. A bal kéztőizület meglévő, az illető durványos kezét képes mozgatni, ujjait azonban nem. Az eset a torzképződések azon osztályába tartozik, a melyet „monstra per defectum” névvel jelölünk. Említésre méltó még, hogy az illetőnél átöröklés nem mutatható ki.

Tüdőszők műtéttel gyógyított esete.

Herczel Manó: (Lapunk más helyén egész terjedelemben közöljük.)

Hochhalt Károly: A bemutatott esetben az aetiológiát illetőleg legvalószínűbb, hogy kiterjedt bronchitis volt jelen és rothasztó mikro-organismuskok aspiratioja folytán jött létre a tüdőszők. A mi a tüdőszők sebészi gyógyítását illeti, ez csak azon aránylag ritka esetekben indikált, a hol — mint a bemutatott esetben — a cavernát biztosan ki lehet mutatni, ez közel fekszik a mellkasfalhoz és a pleura parietalis a pleura visceralisal előzetesen összenőtt. A többi esetben operálni nem lehet, hanem belső kezeléssel (myrthol, kátránykészítmények), továbbá antiseptikus gőzök belelégeztetésével kell iparkodni a kóros folyamatot gyógyulásra bírni, a mi különösen a gangraena kezdeti szakában sokszor sikerül is.

Világra hozott szívbj kékkórral.

Hasenfeld Artur: A világra hozott szívbjok nem gyakoriak, de még ritkábbak azon esetek, a melyek felnőtt korban kerülnek észlelés alá. Ilyen a bemutatott eset, mely egy 18 éves leányra vonatkozik, ki kékkórral született. A beteg szülei élnek, egészségesek, nem szív-bajosok és nem vérrokonok. Lues nem zárható ki náluk. A beteg, eltekintve 6 éves korában kiállott scarlatinától és későbbi bárányhimlőtől, azonkívül lényegtelen, de gyakran ismétlődő hurutoktól, mindig jól érezte magát, rendszeren fejlődött; havi baja, melyet 14 éves korában kapott először, 4 hetenkint rendszeren jelentkezik. Most is csak azért keresett orvosi segítyt, hogy kezeinek kék színétől, ajkának és arcának elkékülésétől megszabadítsák.

Beteg jelen állapotát a következő: A korának megfelelően jól táplált leány bőre sötétebb árnyalatú; az arc, különösen az orr és a fülek, nemkülönben a körömök, a kéz és az alkar, továbbá az alsó végtagok a térdekig a kék szín különböző árnyalatait mutatják, a szerint, a mint a beteg pihent vagy mozgott. A karok felemelésekor a kezek kék színe nem változik. Az ujjak megvastagodottak, dobverőalakúak; a Röntgen-átvilágítás tanúsága szerint az ujjak csontjai nincsenek megvastagodva, s így az ujjak alakváltozásának okát a lágyrészekben kell keresni. Az ajkak kékek, a szájnákhártya cyanotikus. A nyelv kiemelkedő papillái jól mutatják a kékes elszíneződést. A bulbaris conjunctiván sok kanyargós, tágult ér. A szemtükri vizsgálat

szerint a törő közegek átlátszók, a bevilágításnál feleslámló reflex sötét bíborvörös. A jól határolt, sötétebb papillákon physiologiai exco-vatio, belőlük feltűnően sok, általában tágult ér veszi eredetét; különösen tágultak, kanyargósak, sötétszínűek a venák. 1 kmm. vér 8.080,000 vörös vérszövetet tartalmaz; a haemoglobin-tartalom 117.

A szegycsont mellett baloldalt a 2-dik bordaközben gyenge systolés surranás; a mérsékelt emelő szívcsúcsúskés a 4-dik bordaközben a bimbóvonalban tapintható. A szívtempulát majdnem rendes nagyságúnak mondható, a szegycsont bal széle mellett a 2-dik borda alsó széléig felterjedő keskeny, szalagalakú tempulát kopogtatható ki. A szív fölött systolés zörej, mely az a. pulmonalis fölött a legerősebb, a hol erősen fűrészelő jellegű; a pulmonalis 2-dik hangja jól kifejezett. A systolés zörej hátul, az interseapularis térben, a gerincoszloptól balra szintén jól hallható, úgyisintén a carotisok fölött is.

Ezek alapján a kórisme az a. pulmonalis szűkülete és a gyomrocsővény defectusára tehető; valószínűleg a ductus arteriosus Botalli is nyitva van. A pulmonalis szűkülete mellett bizonyít a) a hangos systolés zörej, mely a sternum baloldalán a 2-dik bordaközben hallható legerősebben; b) a kékkór, mely más veleszületett szívbetegségeknél is előfordul ugyan, de ezeknél rendszeren csak későbbben lép fel. Hogy ezen esetben a pulmonalis stenosis egyéb rendellenességekkel van szövődve, e mellett már a beteg kora is bizonyít; a pulmonalis stenosis tisztá esetei ugyanis majdnem kivétel nélkül a méhen kívüli élet elején halálhoz vezetnek vagy a jobb szív kifáradása, vagy az elégtelen oxydatio miatt. Hogy a jelen esetben a gyomrocsővény defectusa komplikálja a bajt, e mellett, eltekintve attól, hogy a pulmonalis stenosisok $\frac{3}{4}$ részében ezen complicatio van jelen, azon körülmény bizonyít, hogy a systolés zörej az egész szív fölött, még a carotisok fölött is hallható; a pulmonalis stenosis okozta systolés zörej ugyanis a gyomrocsővény defectusán keresztül elvezetődik az aortába, illetve a carotisokba. A ductus arteriosus Botalli nyitvamaradásának fölvétele mellett bizonyítana a) a pulmonalis 2-dik hangjának elég erőteljes volta, a mi pulmonalis stenosisnál csak akkor lehetséges, ha az aorta vérének egy része a Botall-vezetéken keresztül a pulmonalisba juthat, a midőn a pulmonalis félholdképi billentyű nagyobb véroszlop súlya alatt záródna, a mi a 2-dik hang erősödésében nyer kifejezést; b) a sternum bal szélén található szalagszerű tempulát több szerző szerint a Botall-vezeték nyitva maradásának jellegző tünete.

Genersich Antal: A veleszületett szívbjok felnőtteknél tényleg ritkák, csecsemőknél azonban elég gyakoriak. A Botall-vezeték nyitvamaradását tempulát útján nem lehet kimutatni, de az nem is szükséges, mert ha a pulmonalis szűkülve van s az aorta-rendszerben a keringési viszonyok fennállanak, ebből biztosan lehet következtetni a ductus arteriosus Botalli nyitva maradására.

Hasenfeld Artur: Nem úgy gondolta, hogy a Botall-vezeték kopogtatjuk ki, hanem úgy, hogy a pulmonalis a ductus arteriosus Botalli útján vért kap, kitágul s ez a kitágulás adja a tempulátot.

Közkórházi Orvostársulat.

(IV. bemutató szakülés 1900. február 24-dikén.)

Elnök: Mutschenbacher Béla; jegyző: Terray Pál.

Meningitis cerebrospinalis epidemica egy esete.

Ángyán Béla: A 18 éves napszámosnál a kórházba hozatalakor (december 26.) a meningitis cerebrospinalis epidemica kifejezett körképe volt észlelhető. A gyógykezelés a szokásos diætetikus orvoslásán kívül jégtömlők alkalmazásában állott a fejre, tarkóra és gerincoszlopra. Ezeken kívül sublimat-befecskendezéseket kapott a beteg és pedig 2 centigramm sublimatot naponként 8 napon át, a nélkül, hogy higanymérgezés tünetei jelentkeztek volna. Ezen kezelés mellett a 8-dik napon az összes tünetek csekély fejfájás kivételével megszűntek, a 11-dik napon azonban baloldali hemiplegia jelentkezett, melyet valószínűleg az edények mentén fejlődött encephalitis góczok okoztak. Az érzési hűdés 5 nap múlva megszűnt; a facialis és a felső végtag mozgási hűdése azonban még ma is fennáll, az alsó végtag mozgási hűdése pedig csak annyiban javult, hogy a végtagot a beteg képes emelni, állani azonban még nem tud.

Hochhalt Károly: Egy 3 év előtt észlelt esetét említi, melyben hasonló tünetek állottak fenn, csak a tonikus göresök hiányoztak. A tünetek alapján meningitist kórisméztek, a boncolás azonban nem mutatott meningitist, hanem encephalitis haemorrhagica acuta-t.

Cachexia malarica esete.

Ángyán Béla: A betegnél, a ki oly helyről való (Vas megye, Körömend), a hol a malaria nem otthonos, a malariás infectio 1898. május havára vezethető vissza, a mikor az addig teljesen egészséges, erőteljes egyénnek rövid ideig hidegrázás-rohamai voltak. Augusztusban újra hideglelése volt, egyidejűleg pedig egész arcára elterjedő kiütése

is (valószínűleg herpes), a mely 3 hétig tartott. Októberben 1 hónapon át tartó hasmenése volt. Mult év június haváig teljesen munkaképes volt, ekkor azonban észrevette, hogy hasában daganat fejlődik, mely időnkint fájdalmas, lábai pedig gyengülnek. Ősszel már nagyon gyenge volt, szédült, étvágyát elvesztette, lábai, kezei és arca dagadni kezdett. A december 18-dikán felvett betegnél az általános vizenyő és nagyfokú vérszegénységen kívül különösen a lép megnagyobbodása tűnt fel: a lép egészen elfoglalta a has bal felét, alsó határa a csipőárokban volt, mellső széle a mesogastriumban a jobb csecsvonal meghosszabbításáig ért; felülete sima, nyomásra kissé érzékeny. A gyógykezelés Fowler-oldat és vas adagolásában és a lép faradisatiojában állott; ezen kezelés mellett a cachexia 2 hét alatt visszafejlődött, a lép pedig fokozatosan kisebbedett, úgy hogy jelenleg alsó széle a köldök felett két ujjnyira van, mellső széle pedig a bal csecsvonal meghosszabbításáig ér.

Csavarodott kocsányú petefészektojló kiirtása.

Boros József: A baloldali ovarialis cysta kórismével fölyött 50 éves nőnél többszöri vizsgálat után oly tünetek jelentkeztek, a melyek arra utaltak, hogy a cysta kocsánya megcsavarodott, a daganat elhalóban van és peritonitis fenyeget. E miatt sürgősen műtétet végeztek, a mikor is egy gyermekfőnyi dermoid cystát találtak, mely telve volt kenőcszerű anyaggal és körülbelül 10 cm. hosszú kocsányával a baloldali széles szalaggal állott összeköttetésben. A kocsány, melybe vonulás folytán a baloldali tuba is belevonatótt, tengelye körül balról jobbra háromszor meg volt csavarodva annyira, hogy egy helyen éles barázda volt és ennek megfelelően a keringés teljesen megakasztott. A cysta kiirtása és a csomó ellátása az ismert módon történt; teljesen sima gyógylefolyás.

Hasmetszéssel gyógyított heveny bélcsavarodás.

Boros József: A 42 éves férfibetegnél hirtelen támadt bélelzáródás tünetei miatt chloroform-narcosisban laparotomiát végeztek. A hasüreget a köldöktől a symphysisig vezetett metszéssel megnyitva, meg lehetős sok tiszta savó kiürülése után rögtön nagy fokban tágult, cyanotikus vékonybélkacsra bukkant, mely körülbelül 70–80 cm. hosszú volt. A mint ezen bélkacsot a hasüregből kiemelni igyekezett, a két szomszédos bélkacs mesenterialis részén volt könnyű adhaesiót akaratlanul is szétválasztotta, a mikor is a félig már kiemelt kacs hirtelen visszacsavarodott, kiegyenesedett; ezzel a műtét be is volt fejezve. Zavartalan gyógyulás, prima intentio. Varratok kiszedése a 8-dik napon.

A has áthatoló szúrt sebe szövődve bélsérüléssel; gyógyulás.

Boros József: A 24 éves férfit január 21-dikén hasba szúrták. A bal bordaív alatt 1 1/2 cm.-nyire a mellső mamillaris vonalban egy körülbelül 4 cm. hosszú, a hasfal összes rétegein áthatoló szúrt seb. A 3 órával a sérülés után chloroform-narcosisban végzett műtét abból állott, hogy a sebet át előesett cseplesz-részletet reszelték, aztán a szúrt sebet a bordaívvel párhuzamosan vezetett metszéssel 25 cm.-re meghosszabbítva, a beleket előhúzták és megvizsgálták, a mikor is egy a mélybe visszahúzódtó vékonybélkacsra egy körülbelül 2 cm. hosszú, áthatoló szúrt sebet találtak, a melyet a kifordult nyálkahártyaszélek tamponálván, nagyobb bélsérülés a hasüregben nem történhetett. A bélsébet 2 étage Lember-varrattal zárták és a hasüreget a sérülés környékén szárazon kitűrték; ezután a hasfal összevarrása következett 3 étage-ban. Teljesen zavartalan gyógyulás, varratok kivétele a 8-dik napon, prima intentio.

Sósav-mérgezés után fejlődött heges pylorus-szűkület műtett esete.

Boros József: A 21 éves nő 1899. szeptember havában öngyilkossági szándékból sósavat ivott, a minek következtében pylorus-strictura fejlődött, mely a műtétet tette szükségessé. A műtét november 27-dikén végeztetett gyenge chloroform-narcosisban. A hasüreg megnyitásakor kiderült, hogy a pylorus köröskörül szívós alhártyákkal a máj alsó részéhez rögzített, igen tömött, heges tapintatú; a gyomor pylorikus fele sugárszerűen elrendezett alhártyákkal borított. Új gyomornyílás képzése céljából Hacker-féle gastroenterostomia retrocolica posteriori végeztek. A gyomor és a jejunum egyesítése Braun-féle 3 étage-os csúsvarrattal történt. Műtét tartama 40 perc. A különben sima gyógylefolyást egy régibb keletű perimetritis kiújulása zavarta. Jelenleg az illető teljesen egészséges, étvágya kitünő, széke rendes.

Minich Károly: Tapasztalatai szerint a lügmérgezés prognosisa sokkal rosszabb, mint a hogy általában felveszik; lügmérgezés után az operatív beavatkozások is gyakran sikertelenek maradnak.

Herczel Manó: Lügmérgezésnél a lügmérgezésétől függ az eset jövője. Különben a keletkező heges oesophagus-stricturánál még akkor is eredményes lehet a kezelés, ha a hegedések az oesophagus 2/3-át, sőt egész hosszát elfoglalják. Súlyos esetekben nagyon ajánlja a gastrostomiát, a melylyel utat nyitunk a tápláléknak, az oesophagusnak pedig egy időre nyugalmat biztosítunk, a minek következtében az oesophagus nyálkahártyájának duzzanata, melyet a szondázás okozott, csökken s a betegek 10–12 nap múlva már képesek nyelni; ezután lassan tágíthatjuk húrral vagy szondával az oesophagust, míg végre a beteg maga szondázhatja magát. Kevésbé tömény maró folyadékokkal mérgezésenként az oesophagus kevésbé szokott sérülni, inkább a pylorus támadtatik meg.

Generich Antal: Gyakorlatilag is fontosnak tartja azon mechanikus úton magyarázható kórboneztani tapasztalatot, hogy az oesophagus néha kutaszolható a gyomor felül olyan esetekben, a mikor a kutaszo-

lás a száj felül nem sikerül. A gyomor sebészi megnyitása a gyomor felül való kutaszolás lehetővé tévése céljából tehát néha jó eredményhez vezethet. A gyomor súlyosabb sérüléseit maró anyagokkal mérgezés esetén abból magyarázná, hogy a folyadék hosszabb ideig marad a gyomorban, mert úgy a cardia, mint a pylorus görcsösen összehúzódik s nem engedi tartalmát távozni.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

1789/900. szám.

Nyitramegye miavai járásába kebeleztet 5689 lelket számláló **Brezova** községben, a **községi orvosi állás** lemondás folytán megüresedvén, ezen állásra pályázatot nyitok.

A községi orvos javadalmazása: előleges havi részletekben fizetendő 1200 korona fizetés és 200 korona utazási átalány.

A községi orvos, a fizetni képes betegek gyógykezeléséért a szabályrendeletileg megállapított díjak szedésére jogosult, míg ellenben a vagyontalan betegek gyógykezelése ingyenes.

A községi orvos ellátja egyúttal a halottkémlést, hűszenlést és hímőltást, mely teendők után azonban külön díjazásban részesül.

Mindazok, kik ezen állást elnyerni óhajtnak, felhívtnak, miszerint az 1876. évi XIV. és az 1883. évi I. t.-cz. vonatkozó szakaszai értelmében felszerelt pályázati kérvényeiket **ez évi április hó 10-dikéig** előírt fősólgabirói hivatalhoz annál is inkább betérjesszék, mert a később beérkezettek figyelembe vételét nem fognak.

A választás határnapjáról a jelöltek annak idején külön értesítettnek fognak. **M i a v a**, 1900. évi márczius hó 12-dikén.

3-1

A fősólgabirói hivatal.

1373/1900. szám.

A lemondás folytán üresedésbe jött **izsáki községi orvosi állásra** pályázatot hirdettetik.

Ezen állással járó javadalmak

1. Kézpénz 1000 korona.

2. 3 szoba, esélőszoba, konyha, élőkamra és melléképületekből álló szabad lakás.

3. 1351 négyszögöl kaszáló haszonélvezete.

4. Beteglátogatásért 70 fillér, házi rendelésért 34 fillér.

5. Halottkémlésért 54 fillér.

Éjjeli rendelés és látogatásért, valamint a község külső határában történő rendelésért és látogatásért a díjak kétszerese számítható.

Felhívtnak tehát mindazok, kik ezen állást elnyerni óhajtnak, hogy a törvény által kívánt módon felszerelt kérvényeiket alulírt fősólgabirói hivatalhoz legkésőbb **ezen hónap 23-dik napjáig** bezárolag mutassák be.

A választás ezen hónap 25-dik napjának d. e. fel 12 órakor történik.

K u n - S z e n t - M i k l ó s, 1900. évi márczius hó 2-dikén.

2-1

Fősólgabirói hivatal.

1306/1900. szám.

A **Magyar-Valkó** székhelyvel rendszeresített m.-valkói **körorvosi állomás**, melyhez M.-Valkó, Keleczel, K.-Ujfalu, N.-Kalota, Baes, Bökény, Inesel, Meregyő, Retyiczél, M.- és O.-Gyerő-Monostor, Erdőfalva, Derítő, O.-Bikal és Bedecs községek tartoznak, lemondás folytán üresedésbe jövén, annak betöltése céljából pályázatot nyitattik.

Ezen körorvosi állomás 500 frt évi fizetés, 200 frt utazási átalány, 100 frt lakpénz és a megállapított levő vénnyírás, valamint látogatási díjakkal van javadalmazva.

A betegek látogatása alkalmával fuvardíj nem számítható fel.

Pályázni kívánók felhívtnak, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ban foglalt minősítvényvel, eddigi alkalmaztatásukat, valamint erkölcsi magaviseletüket igazoló bizonyítványokkal, valamint a román nyelvben való jártasságukat igazoló bizonyítványokkal felszerelt pályázati kérvényüket, a fősólgabirói hivatalhoz **márczius hó 30-dikéig** adják be.

A választás M.-Valkón a közjegyzői irodában márczius 31-dikén fog megartatni.

A járási fősólgabirótól

B á n f f y - H u n y a d, 1900. évi márczius hó 1-jén.

3-1

Fősólgabirói hivatal.

2079/900. kig. sz.

Jásznagykúnszólók vármegye jászági alsó járásába kebeleztet **Kötelek** és Nagy-kürü községekből álló közegészségügyi körben a **körorvosi állás** lemondás folytán megüresedvén, ezen körorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek és felhívom ez állást elnyerni kívánókat, hogy elméleti, valamint gyakorlati ismereteiket igazoló okmányaikkal felszerelt kérvényeiket hozzám **folyó évi április hó 15-dikéig** betérjesszék.

Az állás javadalmazása következő: évi fizetés 1200 korona, a székhelyet képező Kötelek községben természetbeni 3 szoba és melléképületekből álló szabad lakás, végül mindkét községtől 100–100 korona úti átalány, köteles azonban körorvos hetenként egyszer egy előre meghatározott napon Nagy-Kürüben saját fuvarján megjelenni és a napot ott tölteni.

A körorvos látogatási díjait és egyéb köteleességeit az említett két község szervezési szabályrendelete foglalja magában, melyek akár a községekben, akár hivatalomban a hivatalos órák alatt megolvashatók.

J á s z - A p á t i, 1900. márczius hó 11-én.

2-1

Cseh József, fősólgabiró.

201/1900 f. i. szám.

A kormányzatomra bízott Nyitra vármegye privigyei járásában nyugdíjazás folytán üresedésbe jutott **járási orvosi állásra** ezennel pályázatot nyitok s felhívom mindazokat, kik ezen évi 800 korona fizetés, 200 korona úti s 5 korona iroda-átalánnyal javadalmazott nyugdíjjogosultsággal egybekötött állást elnyerni óhajtnak, hogy az 1883. I. t.-cz. 9. §-a értelmében, valamint az 1893. évi 80.099. sz. belügy-

ministeri rendelettel előírt tisztiorvosi vizsga letételét igazoló okmányaikkal felszerelt pályázati kérvényüket és pedig a közszolgálatban állók hivatali főnökük útján hozzájuk f. évi április hó 7-dikéig annál is inkább nyújtásuk be, mivel e később beérkező kérvényeket figyelembe nem veszem.

Nyitra, 1900. március hó 8-dikán.
1-1 *Thuróczy Vilmos*, cs. és kir. kamarás, főispán.

A rimamurány-salgótarjáni vasmű részvénytársaság kebelében fennálló gyártelepi munkás-társpénztári intézetnél **Ozdon** az előléptetés folytán megüresedett, 2400 korona évi fizetéssel, szabad lakás és fűtési- és világítási díj mellett egybekötött másod-orvosi állásra ezennel pályázat nyitattik.

Pályázóktól egyetemes orvostudori oklevéllel igazolandó képesítés és nőtlen állapot kívántatik, megjegyezvén, hogy gyakorlati képesítéssel bírók előnyben fognak részesülni. Kellően felszerelt folyamodványok f. évi március hó 31-dikéig az ahálrt hivatalhoz terjesztendők be.

1-1 *A rimamurány-salgótarjáni vasmű részvénytársaság műszaki vezérigazgatósága Salgó-Tarjánban.*

HIRDETÉSEK.

BILINI SAVANYÚKÚT

legkiválóbb képviselője az alkalikus savanyú vizeknek.

10,000 részben: szénsavas natron 33-1951, kénsavas natron 6-6679, szénsavas mész 3-6312, chlornatrium 3-9842, szénsavas magnesium 1-7478, szénsavas lithium 0-1904; szilárd alkatrészek, 52-5011, összes szénsav tartalom 55-1737, abból szabad és kötetlen 38-7660, hőmérsék 10-1-11° C.

Régóta híres gyógyforrás vese-, hólyag-, gyomorbántalmak, köszvény, hörghurut, aranyérvél stb.

Kitűnő diaetikus ital.

Savanyúkút gyógyintézet.

Ivó- és fürdő-kúra, minden kényelemmel ellátva, kád-, gőz-, elektr. fürdők, legújabb szerkezetű fürdők Gärtner bécsi tanár szerint, hidegvíz-gyógyintézet, tökéletes berendezéssel, massage stb.

Fürdőorvos: **Med. Dr. REUSS VILMOS** A fürdő-igazgatóság Bilinben Csehországban.



Legjobb étrendi és üdítő ital

Mattoni és Wille Budapest, Mattoni Henrik Bécs giesshübli Sauerbrunn, Budapest, Franzensbad, Karlsbad és Bécs.

Dr. Feles-Védhímlőoltóanyag Termelő Intézete Zomborban

Törvényszéki orvosi vizsgálatra készülőknek nélkülözhetetlen.

Most jelent meg. **A törvényszéki orvosi vizsgálat tárgyai.** Hivatalos kiadás, kiadja az igazságügyminiszterium. Ára 1 korona 60 fillér, postai küldéssel 1 korona 80 fillér. A tartalom főbb czimzei: **A törvényszéki orvosi vizsgálatokra kijelölt kérdések.** Összeállítás a törvényszéki orvosi vizsgálat tárgyát képező jogi ismeretekről. Magánjogi ismeretek. Nyugdíjazás. Igazgatási rész.

Megrendelhető:

TOLDI LAJOS könyvkereskedő főbizományosnál
Budapest, II., Fő-utca 2.

Dr. Batizfalvy Sámuel Sanatoriuma és vizgyógyintézete

Budapesten, Városligeti fasor és Aréna-út sarkán.
Az intézet egész éven át nyitva. A vizgyógyászati osztály vezető főorvosa: **Dr. TRAJTLER ISTVÁN.** Felvételnél bennlakó és bejáró betegek. Prospektust kívánatra ingyen küld az igazgatóság. Telefon.

Fekete áfonya gyógybor

Vinum myrtillorum medicinale
Kitűnő hatású **bélhurutnak** 1 üveg 80 kr., 5 üveg bérmentes gyógyszer a postaszállítással 4 frt 60 kr.
Készíti: **CORNIDES KÁROLY** gyógyszerész **FELKA** (Szepesm.).
Raktár: **TÖRÖK JÓZSEF** gyógyszerész Budapesten.

Az idioták és gyengeelméjűek

Államilag engedélyezett intézete **Pelsőcson** (Gömör-megye), kívánatra bérmentve küld prospectusokat.

Gyermeksanatorium és vizgyógyintézet

felntettek számára **ABBAZIÁN.**

Egész éven át nyitva. — Saját park. — Játékterek. — Magaslatti vízvezeték. — Az összes vizgyógyászati módok. — Villamos fényfürdők. — Gyermekek kísérők nélkül is felvételnél.

Prospectust küld **Dr. SZEGŐ KÁLMÁN** igazgató és tulajdonos.

Vegyi, gőrsövészeti és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUM

Budapesten, V. ker., Váci-körút 60. sz.

Foglalkozik vizelet-, köpet-, vérs-, hányadék-, gyomornedv-, dajkatej-, ex- és transsudátum valamint bacteriologikus vizsgálatokkal.

Dr. MÁTRAI GÁBOR, v. egyetemi élet- és körvegytani tanársegéd.

Dr. Brehmer Tüdőbeteg-Gyógyintézete

Görbersdorfi Szilváiban.

Téli és nyári kúrák ugyanolyan sikerrel.

Főorvos: **Dr. Schloessing Károly**, előbb tanársegéd Strümpell tanár és tükör tanácsosnál (Erlangen).

Előrajzokat díjmentesen küld a gondnokság.

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi-, gőrsői- és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUMBAN

mindennemű ép és kóros váladéknak (u. m.: vizelet-, köpet-, vér-, dajkatej-, hányadék-, ex- és transsudátum stb.), továbbá szöveteknek, daganatoknak úgy vegyi, mint gőrsői és bacteriologiai vizsgálatára vállalkoznak

Dr. VAS BERNÁT és **Dr. GARA GÉZA** a laboratórium vezetői.

Poliklinika: VII., Hársfa-utca 13-15. szám.

Bevált gyógyító hatás a légzési és emésztési nyálkahártyák mindennemű hurutjainál.

Gleichenbergi

Constantin-, Emma-, Klausen-forrás és Constantin-forráslúg. Johannisbrunnen mint üdítő ital.

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

Kiadja és a magyar egyetemek tanárainak, a fő- és székvárosi kórházak és egyéb gyógyintézetek fő- és rendelő orvosainak, továbbá köz- és magán-gyakorlat terén működő kartársainak közreműködésével

SZERKESZTI: HÓGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

Társak a rovatok szerkesztésében: Bókay Árpád, Dollinger Gyula, Fodor József, Genersich Antal, Jendrassik Ernő, Kézmárczky Tivadar, Klug Nándor, Korányi Sándor, Lenhossék Mihály, Pertik Ottó, Plósz Pál, Réczey Imre, Taufer Vilmos, Thanhofer Lajos egyetemi tanárok.

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Stiller Bertalan: Néhány szó a phonatios jelenségről. 174. l.

Walla Béla: Közlemény az egyetemi I. számú női klinikáról (Kézmárczky Tivadar tanár). Ruptura uteri completa. Abdominalis totalexstirpatio. Gyógyulás. 175. l.

Sugár K. Márton: Az idült dobüregglob újabb mechanotherapeutikus kezelése. 178. l.

Imrédy Béla: A cholelithiasis pathogenesiséről és terapiájáról. 179. l.

Tárca. *Deutsch László*: A párisi Pasteur-intézet. 181. l.

Irodalom-szemle. *Összefoglaló szemle. Bakó Sándor*: A gümös hügyhólyaglob localis kezeléséről. 183. l. — *Könyvismertetés. F. Terrier et H. Hartmann*: Chirurgie de l'estomac. 184. l. — *Jessner*: Dermatologische Vorträge für Praktiker. 184. l. — *Liebig*: Der Luftdruck in den pneumatischen Kammern und auf Höhen. 185. l. — *Lapszemle. Belgyógyászat. Kossel*: Phosphometer, eszköz a vér phosphortartalmának meghatározására. (Lengyel Loránd.) — *Binsz*: További vizsgálatok az alkohol hatásáról. (Surányi Miklós.) — *Arcangeli*: Miért gyógyítja a laparotomia a peritonitis tuberculosát? (— et.) — *Zandy*: Hashártyalobhoz hasonló körkép az Addison-kór végső szakában. (Kövesi Géza.) — *E. Remak*: Femoral-reflex. (—ts.) — *H. Gudden*: Átmeneti amnesiás aphasia

esete. (—ts.) — *Heller*: A syphilitis aortitis és az aortaaneurysmák. (Hönig Izsó.) — *Laub*: Adatok a status thymicus tanához. (Lengyel Loránd.) — *Sebészeti. Ehrhardt*: A Paget-féle betegség. (P—y.) — *König*: A vese-tuberculosis sebészeti kezelése. (Illyés.) — *Pilcz*: A gyermekek idült hydrocephalusának gyógyítása. (Pólya Jenő.) — *Születés és nőgyógyászat. Westphalen*: Adatok a pseudomucintömlők megrepedése után fellépő pseudomyxoma peritonei kórhelyzetéhez. (Neumann Szigfrid.) — *Gottschalk*: Aprócyttás rosszindulatú petefészekdaganat egy új fajtája. (Neumann Szigfrid.) — *Fränkel és Wiener*: Az uterus mirigyirákjai. (Bäcker.) — *Kobla-nek*: Narcosis. (Erdey.) — *Sticher*: A varróanyag sterilizálása. (Erdey.) — *Sippel*: A hüvely és a méh teljes kiirtása. (Erdey.) — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra*. Szeszes italokat helyettesítő alkoholmentes italok. — *Büdingen*: Helybeli érzéstelenítés. — A chinin keserű ízének leplezése. 184—186. l.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — X-dik nemzetközi közegészségi és demographiai congressus. — Megjelent. — Hibaigazítás. — Szt. Lukács-füldő. — Herez dr. — Kuthy Dezső dr. — Sarbó Arthur dr. 186. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek.

Melléklet: Szemészet. 2. sz.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Néhány szó a phonatios jelenségről.

Stiller Bertalan dr. egyetemi tanártól.

Mintán akadályozva voltam az orvosegyesület azon ülésén jelen lenni, melyen *Weisz Ede* dr. phonatios jelensége eszmecsere tárgya volt, nem tartom feleslegesnek mondanivalómat ezen úton közölni.

Már a tárgy előadása ülésén sajnáltam, hogy az előadó a bonyolult magyarázatok és applicatiók tömkelegében az eredeti tény, melyre rámutatott, mintegy elsüllyesztette, elannyira, hogy a közmondás szerint, az erdőt a fák miatt nem lehetett látni. Az egyesület ezért nem is jutott tudatára annak, hogy mily érdekes és nevezetes ülésben vesz részt; mert hiszen nem mindennapi esemény nálunk, hogy valaki egy eddig ismeretlen, egészen új élet- vagy kórtani ténynyel lépjen elő; nem mindennapi esemény ez nálunk, de másutt sem. Ezt az elismerést kötelességünk utólag is az előadónak nyilvánítani.

Nagy érdeklődéssel fogtam az új tünet megbírlásához, és részemről is igazolhatom, hogy a phonatio alkalmával a bordaközök csakugyan kidomborodnak.

Az első kérdés már most az, mi ezen élettani jelenségnek az oka. Az előadó igyekezett a feleletet megadni, de azt nagy megerőltetéssel csak félig-meddig megközelíteni sikerült neki. A discussioban felszólalt collegák a magyarázatot nem is érintették, pedig ez az új ténynek legfontosabb része, mely nélkül annak klinikai alkalmazásai alap nélküli észlelések maradnak.

Véleményem szerint a phonatios tünetnek magyarázata igen világos és szerfelett egyszerű; simplex sigillum veri. Ugyanis a rendes légzésnél a hangrés táva-nyitva áll, úgy hogy belégzésnél annyi levegő tódulhat be a tüdőbe, a mennyire a mellkas tágul, kilégzésnél pedig annyi levegő áramlik ki a tüdőből, a mennyit a szűkülő mellkas kihajt.

Már most hogyan történik a phonatio? Ez nem egyéb, mint

expiratorius légáram, mely nagyon szűkített hangrésen áttörve a feszített hangszalagokat rezgésbe hozza. A phonatio tehát stenotikus kijáraton történő kilégzés. Ebből az következik, hogy a beszéd s mellesleg mondvá még inkább az énekhang alatt légpangás támad a kilégző tüdőben, miután a szűkített hangrésen nem tódulhat ki annyi levegő, a mennyi a mellkas expiratorius kisebbedésének megfelelne; a tüdőbeli légnyomás nagyobbodik és kidomborítja a bordaközöket.

Ezen élettani folyamatok ellentétes példáját a kórtanban már rég ismerjük. Ha valahol a gégeben vagy hörgőkben szűkület van jelen, akkor a belégzésnél a mellkas lágyrészei, a bordaközök, a jugulum, a kulcsesont feletti gödrök besüppednek. Itt ugyanis az ellenkező történik. A bejárat szűkület miatt a betóduló légáram nem követheti arányosan a mellkas tágulását, vagyis nem tódulhat be annyi levegő, mint a mennyi a tüdő nagyobbodott térfogatának megfelel, ez által a tüdőbeli levegő ritkul, nyomása csökken és a nagyobb nyomású küllevegő lenyomja az engedékeny lágyrészeket. Ezen tünetet különben kísérletileg is lehet könnyű módon tanulmányozni. Létezik ugyanis a phonation egy tökéletlen módja inspiratio alatt, midőn ugyanis mély belégzés alatt szűkített hangrésnél hangot igyekszünk előidézni. Ilyenkor szintén a rendes expiratorius phonatioval épen ellentétben behúzódnak a bordaközök.

Nagyon feltűnő azon körülmény, hogy a belégzési stenosisnál a behúzódnak sokkal erősebben, mint a phonatios kilégzési stenosisnál a kidomborodás. Sőt amott oly helyek is behúzódnak, melyek a phonationál kitüremlést egyáltalán nem mutatnak, mint a jugulum, a kulcsesont feletti gödrök és a felső 4 bordaköz. Ennek oka abban keresendő, hogy a belégzési izmok sokkal erősebben működnek, vagy más szóval, hogy a belégzés által a mellkas tágulata és stenosis mellett az ez által okozott negatív nyomás sokkal nagyobb, mint a phonatios kilégzés által okozott mellkasszűkület és az általa létrejött pozitív nyomás. Hozzájárul kóros stenosisnál még az is, hogy ez rendszeren nagyobb fokú, és erőltetett belégzést szokott kiváltani.

Az előadóval szemben s vele ellentétben még azt is állítom, hogy a phonatiónál nemcsak a bordaközök, hanem az epigastrium is kidomborodik. Sőt ez majdnem állandó jel minden egyénél, míg a bordaközök kitüremlése csak sovány egyéneknél és széles intercostalis közöknél észlelhető. Abból a magyarázattól, melyet a phonatios tünetről adtam, ez könnyen érthető. A hangrés szükülete folytán pangó tüdőbeli levegő t. i. ép úgy kidomborítja fokozott nyomása által a rekeszt, mint a bordaközöket s a rekesz ezen momentan lenyomása a phonatio alatt az epigastrium elődomborodása által árulja el magát. Ebből az is következik, hogy lehet kitüremlés oly helyen is, a melyen határozottan tüdő már nem létezik. Ez tehát nem direct, hanem közvetített kidomborodás.

A phonatios tünetnek általam adott magyarázata oly egyszerű és szükségképi, miszerint valóban csodálatos, hogy eddig ismeretlen volt. A bordaközök kitüremlése a hangadás alatt oly magától értetődő élettani postulat, hogy a priori lehetne azt konstruálni. Meg is vagyok győződve, hogy már ismert tünet volt egyesek előtt, de nem vették különös figyelembe; s ez, hogy végre minden következtetéseivel figyelembe vette, *Weisz Ede* elismerésre méltó érdeme marad.

Magyarázatom által még egy jelenséget lehet felderíteni, mely a discussioban *Terray* által hozott szönyegre, de *Weisz* által is már említve lett. Magam is meggyőződtem, hogy a phonatios tünet elenyészik, ha a vizsgálandó egyén többször közvetlen egymásután phonál. Ilyenkor ugyanis a levegőkészlet a tüdőben az ismételt expiráló hangadás által és közbeeső elégtelen belégzések mellett mininkább fogy, úgy hogy végre a nyomás nem elegendő a bordaközöket kidomborítani. De a tünet fellép újra, ha mély belégzést vétetünk az egyénnel, mely új nagyobb légvolument szerez be.

A mi most a tünetek klinikai applicatioit illeti, mindennek előtt tévesnek tartom előadó azon állítását, hogy ez egy új vizsgálati módszer. Ép oly kevésbé az, mintha a bordaközök behúzódnását stenotikus belégzés mellett akarnók annak nevezni. Nem egyéb ugyanis, mint egy élettani jelenség, melyet úgy mint mást, bizonyos klinikai következtetésekre fel lehet használni. Ezek pedig kétségkívül értékesek lehetnek.

A tüdő határának megállapítására rendes viszonyok közt nem bir nagyobb jelentőséggel, mint a kopogtatás. Sőt, miután a phonatios tünet csak a bordaközben mutatkozik, kevésbé pontos jelző, mint a percussio, mely a bordán is érvényesül. Leginkább a tüdőmájhatáron használható, a lép határát nem oly biztosan jelzi, a szív körüli tüdőszöcek meghatározására pedig egyáltalán nem használható, a mit előadó és a hozzászólók is említettek. Hogy mi az oka ennek, az iránt az a véleményem, hogy a tünet általában jobban van kifejezve a hat alsó bordaközön, mint az öt felsőn, részint mert amazok tágabbak, részint mert a be- és kilégzési térfogati változás a mellkas alsó felében terjedelmesebb, mint a felsőben. Azonkívül a tüdőnek a szívvel határos részletei oly vékonyak, hogy bennük csekély nyomási fokozódás nem érvényesül.

Igen fontos és érdekes azon tény, hogy a tünet, vagyis a phonatios légnyomási erősbödés pleuritikus izzadmánynál vagy vízmellnél is észlelhető. A rögtön beálló légnyomás ugyanis a vele érintkező folyadékban hullámot indít meg, a mely az illető tompult bordaközöket kitüremli. Ez által a folyadékot megkülönböztetjük az infiltratiótól és a tömör daganatoktól, a mit más módszerrel oly biztosan elérni nem mindig lehet. Sőt ez által meg is határozhatjuk, a mit *Kétly László* is állított, a folyadék és az alatta fekvő máj vagy lép közti határvonalat, a mi más módon alig lehetséges.

Csak hogy ezen vizsgálatnak az egyes esetben sok akadály állhat ellenébe. Mindenekelőtt kövér embereknél, nagy emlőjű nőknél, szűk bordaközöknél a tünet nem érvényesül, úgy hogy csak a positiv lelet használható fel, a jelenség kimaradása pedig nem értékesíthető; mert lehet ott folyadék és a phonatios tünet az említett okokból mégis hiányozhatik. Továbbá, ha az izzadmány igen nagy, akkor a tüdő compressioja oly jelentékeny, hogy benne a phonatios légnyomási emelkedés nem jöhet létre; végre, ha az izzadmány már régebb keletű és a mellhártya kérgesen

vastagodott, akkor a jelenség természetesen szintén nem fog érvényesülni.

Az előadó és *Terray* néha a gyomor felett is észlelték a Traube-féle teren a bordaközök kitüremlését. Ezt én is tapasztaltam. Véleményem szerint ez ép úgy magyarázható, mint a pleuritisnél; szükséges hozzá a gyomorzsáknak egy bizonyos fokú légteltsége és feszülése, mely a rekesz által közvetített légnyomási hullámot a gyomor levegőjével közli. Kétségtelenül megkaphatjuk a jelenséget akkor is, ha a gyomrot vízzel megtöltjük. A máj felett is láttam néha a tünetet, úgy mint *Terray*, de ellentétben ő vele, szorgos kopogtatás által mindannyiszor meggyőződtem, hogy ott várákozásom ellenére is csakugyan tüdő volt és nem máj.

Végre megemlítendőnek tartom *Terray* ellenében, hogy a phonatios jelenségnek egyszerű magyarázatom szerint a Litten-féle tünettel semmi rokonsága nincs, és *Weisz* ellenében, hogy a hasprésnek semmi köze hozzá s hogy a hason a tünetet észlelni — kivéve az epigastrikus szöglet kitüremlését — élettani lehetetlenség.

Közlemény az egyetemi I. számú női klinikáról (Kézmárszky Tivadar tanár).

Ruptura uteri completa. Abdominalis totalexstirpatio. Gyógyulás.

Közli: *Walla Béla* dr. poliklinikai tanársegéd.

A méhrepedés therapiájában a legfőbb és a legáldásosabb szerep a prophylaxisnak jut, a mely általános és specialis. Az általánosnak az a feladata, hogy mindazon tényezőket, a melyek a méhrepedés kifejlődését elősegíthetik, távolítsa; a specialisnak pedig az, hogy a már fenyegető méhrepedést megakadályozza. Az előbbi a szülés, főleg a szűk medenczés szülés czélszerű, dietetikus vezetésében; az utóbbi pedig a szülés gyors, az anyára nézve legkíméletesebb módon történt befejezésében áll.

A már megtörtént méhrepedés gyógykezelésének módja attól függ, vajjon megszületett-e már a magzat vagy sem, vajjon complet-e a repedés vagy incomplet?

Ha a repedés megtörtént és a magzat még nem született meg, első dolog annak gyors világra hozatala. Ez két módon vihető végbe: vagy per laparotomiam, vagy per vias naturales. Az előbbi az egyedül jogosult eljárás akkor, ha a magzat a repedésen keresztül a hasüregbe jutott. Hogyha azonban a magzat részben a hasüregben, részben még a méhben van, akkor két út áll rendelkezésünkre: Az első a szüléscsatornán keresztül azon esetekben, a melyekben a magzatnak világra hozatala nem jár nagy nehézséggel és a méh repedését előreláthatólag nem nagyobbitja. A második a hasfalon keresztül, a midőn a szülés befejezése a szüléscsatornán nehezen volna keresztül vihető vagy a repedésnek megnagyobbításával járna.

A magzat megszületése után a további eljárást első sorban is a repedésnek incomplet vagy complet volta határozza meg. Az incomplet méhrepedésnél egyszerűen drainezzük a hüvely felé. A complet méhrepedésnél ma már mindinkább a sebészi ellátásra igyekezzünk áttérni, a mely az adott viszonyoknak megfelelőleg a repedésnek egyesítéséből per laparotomiam, a méh supravaginalis amputatiojából, a méh abdominalis vagy vaginalis total-exstirpatiojából áll. A conservativ kezelés (tamponálás, nyomókötés a has felől és jégtömlő) mindinkább háttérbe szorul. Követői esőknek. Ma már főleg csak az olyan esetekben folyamodunk hozzá, a midőn külső viszonyok miatt a sebészi beavatkozás keresztül nem vihető, vagy a midőn más körülmények miatt (általános sepsis, collapsus stb.) a műtét eredménytelen vagy szinte káros lenne.

Ilyen complet méhrepedésnél a sebészi beavatkozásnak gyógyító hatását most újra volt alkalmunk egy esetben észlelni, a miért is azt közlésre annál is inkább érdemesnek tartom, mert belőle sok tanulság vonható le.

1899 július hó 24-dikén d. u. 9 órakor parasztszekéren hozták be Csomád községből az egyetemi I. számú női klinikára K. J. napszámosnőt, a kin aznap délelőtt 10 órakor méhrepedés után orvos fejezte be a szülést. A 37 éves nyolczszor szült nő utolsó tisztulása 1898 október hóban volt. Először 16 év előtt,

hetedszer két év előtt szült. Ezen hét szülése és gyermekágya rondesen folyt le. A VIII. szülése a terhesség végén 1899 július hó 23-dikán este kezdődött. A fájások, mint mondja, erősek voltak, erősebbek, mint a többi szüléseinél. Magzatvize 24-dikén hajnalban folyt el. Mintán a szülés még ez után is a szokottnál tovább húzódott, bábát hivat. A bába öt d. e. 8 óra körül megvizsgálva, harántfekvést talál. Orvosért küldenek a szomszéd községbe. Még mielőtt az orvos megérkeznék, a szülő nő fájásai hirtelen megszűnnek. Az orvos d. e. 10 óra körül könnyű fordítást és extractiot végez. A *placentát a szabad hasüregből hozza ki*. Ezután a hüvelyt lazán kitamponálja jodoformgaze-zel. 4 ergotin-injectiot ad és a nőt klinikánkra szállíttatja.

Felvételkor a jól táplált és jó termetű nőt elesettnek találjuk. Hőmérséke 38°6, pulsus 108, könnyen elnyomható. A hasfalak petyhüdtek. A has köldök feletti részlete kitágult belektől puffadt, nem érzékeny. Az alhasban kissé jobbra elhelyezve tapintjuk a nagy kemény méhet, mely baloldalt alul nyomásra érzékeny. A hüvelyből eltávolított tampon vérrel átvődött. A tág hüvely fala sértetlen. A nyakesatorna elülső falán azonban a külső méhszájon kezdődő, sagittalis irányú repedést találunk, a melybe a telt húgyhólyag bedomborodik. Ez a repedés körülbelül 5 cm.-nyire halad sagittalis irányban a középvonalban, itt félkör alakban balra hajlik, eléri a méh bal szélénél a contractionalis gyűrűt, mélyen betérjed a parametran szövetek közé és a bal lig. latum lemezeit szétválasztja. A vizsgáló kéz elül a szabad hasüregbe jut. Vizsgálás közben kevés, sötét, hig vér ürül. Csapolással nyert vizelet kissé véres.

Tehát *ruptura uteri completával* állottunk szemben, a mely esetben a magzatot a beteg felvétele előtt 12 órával orvos a szüléscsatornán keresztül távolította el és a placentát a szabad hasüregből hozta ki.

Az volt tehát most a kérdés, hogy ez esetben conservative vagy pedig sebészileg járjunk-e el, és ha az utóbbit választjuk, az előbb említett eljárások közül melyikhez folyamodjunk?

Az „Orvosi Hetilap” 1899 november hó 19-diki számában *Doktor* az egyetemi I. számú női klinikából méhrepedés esetét közölte, a melyben a magzat a szabad hasüregbe kinyomult volt. A beteg császármetszés és a méh supravaginalis amputatioja után meggyógyult. Ez esetben a méhrepedés diagnosizálásának megállapítása után kétségtelen volt, hogy az anya megmentésére más mód mint a laparotomia nem állhatott rendelkezésre. A szabad hasüregbe kinyomult magzatot a méh sebéen keresztül per vias naturales kihúzni nem sikerül. Ha pedig a magzatot és a pete függelékeit nem távolítjuk el, azok rövid időn belül bomlásnak indulnak és a nő általános peritonitis tünetei között elpusztul. Ebben az esetben tehát a laparotomiára a főindíciót a szabad hasüregbe kinyomult magzat adta meg. A magzat és a lepény eltávolítása után pedig, miután a hasüreg már úgy is nyitva volt, természetes, hogy a repedést a hasüreg felől sebészileg kellett ellátni.

Esetünkben azonban az indicatio felállítása a laparotomiára nem volt ilyen egyszerű. A magzat és a lepény 12 órával előbb lett már eltávolítva. Tehát az az indicatio, a mely *Doktor* esetében a laparotomiát okvetlenül szükségessé tette, itt nem szerepelt.

Mi javalta tehát a laparotomiát?

Tudjuk azt, hogy méhrepedés esetén a beteg életét két veszély fenyegeti: az elvérzés és a fertőzés. Az elvérzés veszedelme ebben az esetben csaknem kizárható volt, mert a beteg állapota 12 órával a méhrepedés megtörténte után súlyosabb anaemiának tüneteit nem mutatta, újabb vérzés pedig nem volt jelen. Vérésestillapítás céljából tehát nem kellett a laparotomiához fognunk. Azonban a beteg hőemelkedéséből és azon körülményből, hogy bába intézetén kívül belsőleg vizsgálta, hogy orvos rossz viszonyok között műtétet végzett rajta, arra következtethettünk, hogy helybeli, t. i. a méh és a repedés környékének infectioja van jelen. Nem zárkozhattunk el tehát azon aggodalom elől, hogy ha így magára hagyjuk a beteget, illetőleg, ha conservative kezeljük, az infectio tovább terjedve eljut a hashártyára, peritonitist okoz és a beteggel röviden végez. Míg ellenben, ha a primaer inficiált szervet eltávolítjuk és a hasüreget az inficiált területtől elzárjuk, az általános infectio kifejlődését esetleg megakadályozhatjuk. Ez minden esetre a műtét végzésére

egy fontos ok volt. De e mellett tekintetbe véve azon tapasztalatunkat is, hogy a klinikánkon conservative kezelt ruptura uteri *completa* esetei közül egy sem gyógyult meg, míg a *Doktor* által operált meggyógyult, arra határoztuk el magunkat, hogy ebben az esetben is operative járunk el annál is inkább, mivel-hogy a műtéttel eredményt elérni reményünk volt; részben azért, mert a beteget elesettségének dacára elég erősnek talál-tuk arra, hogy súlyosabb műtétet kibírjon, részben azért, mert általános infectionnak tünetei nem voltak jelen. Igaz ugyan, hogy a prognosist felállítása tekintetében a mi esetünk *Doktor* esete mögött állott, a mennyiben azon körülmény, hogy itt a szülést befejező orvos keze a placentáért a szabad hasüregbe nyúlt, a prognosist rosszabbította.

A tervbe vett műtét a méh teljes kiirtása, a csomók extraperitonealis elhelyezése, illetőleg a hashártya sebének egyesítése és a kötőszövetbe terjedő repedésnek a hüvely felé való drainezése és a hasüreg kitisztítása volt.

Szándékunk az volt, hogy a méh teljes kiirtásával az inficiált szervet eltávolítsuk, hogy a sebfelület extraperitonealis elhelyezésével és a hüvely felé való drainezéssel az infectiot lokalizáljuk, végül hogy a hasüreg kitisztításával az esetleg oda bejutott infectiosus anyagnak mennyiségét a minimumra leszállítsuk.

A műtét menete a következő volt:

Mély chloroform-narcosis. A linea alban megejtett has-metszés után a hasüregből részint hig, részint alvadt vér ürül. *A peritoneum mindenütt fénylő, az erek nem injiciáltak.* A méh alsó szakaszában a már előbb leírt repedést találjuk, a mely baloldalt a peritoneumra folytatódva, magasan felterjed a csipőtányérra és eléri a crista ossis ilei magasságát. A méh repedt sebéből nem vérzik. A lig. latumokra leköteéseket helyezünk. A leköött részeket átvágjuk. Most, miután a hólyagnak még a méhhez rögzített részletét letoltuk, az uterinákat leköttjük és átmetszszük. Ezután a repedés széléből kiindulva a külső méhszáj alatt successive leköttjük és átvágjuk a hüvely falát. A méh eltávolítása után a parametrium mély repedését, a melyből minimális vészivárgás van, jodoformgaze-zel a hüvely felé drainezzük, majd felette a peritonealis sebet egyesítjük úgy, hogy az *egész sebfelület és az operationalis tér extraperitonealisan van elhelyezve*. Minthogy e közben a beteg pulsus tetemesen rosszabbodott, a hasüreg kitisztítása után 500 gm. konyhasó-oldatot öntünk belé s utána a has sebet silkwormmal egyesítjük.

Az operált hőmérséke és érverése az első 15 napon a következő volt:

1. nap	délelőtt	38°4—116	délután	39°7—146
2. "	"	39°7—142	"	39°9—136
3. "	"	39°1—128	"	38°8—124
4. "	"	38°4—116	"	38°8—114
5. "	"	38°6—116	"	38°2—116
6. "	"	38°1—108	"	38°0—108
7. "	"	38°0—104	"	38°4—114
8. "	"	37°9—108	"	38°5—112
9. "	"	37°6—108	"	38°2—104
10. "	"	38°4—108	"	38°8—108
11. "	"	38°2—112	"	38°5—104
12. "	"	38°0—108	"	38°7—112
13. "	"	38°0—108	"	38°5—112
14. "	"	37°7—96	"	39°3—108
15. "	"	37°2—90	"	38°9—104

A beteg közérzése a hőemelkedések dacára az első naptól fogva kielégítő volt. Általános peritonitis tünetei nem jelentkeztek. Flatusok a második napon beöntésre böven távoztak. A hüvelybe vezetett jodoformgaze-drain a harmadik napon távolítottuk el. Ez véresen átvődött, de szagtalan volt. A negyedik naptól kezdve bűzös folyás támadt, a mi miatt a beteg rendszeres hüvelyöblítéseket kapott eleinte tiszta vízzel, később pedig, a midőn a folyás rendkívül bűzös lett, kalium hypermanganicum oldattal. A hatodik napon baloldalt a spina anterior superior magasságáig terjedő, alig érzékeny resistentiát tapintunk. A hasvarratokat a 10-dik napon távolítjuk el. A hasse per primam gyógyult. A 14-dik napon a hüvelyből körülbelül 1 deciliter sűrű, bűzös genynyel kevert fonalesomó ürül ki. A mint másnap vizsgálat közben a baloldali resistentiára kezünkkel nyomást

gyakorlunk, a hüvelyből sok geny, majd egy ökönyi, bomlásnak indult, rendkívül bűzös véralvadék ürül ki. Erre a kívülről tapintott resistencia megkisebbedik. A hüvelyboltozatban harántul futó barázdát találunk, a mely jobbra és balra is tölesérszerű bemélyedésbe folytatódik. Ez a bemélyedés jobboldalt vakon végződik, baloldalt azonban kisujnyi nyíláson keresztül az előbb tapintott resistencia üregébe vezet. Ebbe az irrigator csöve magasan tolható fel és a kiömlő víz bűzös genyt és apró czafatokat hoz ki. *A beteg eszentül láztalan.* Az üreg rendszeres öblögetésekre rohamosan kisebbedik, a folyás szagtalan lesz és a beteg két hét múlva, vagyis az operatio után egy hónapra gyógyultan hagyja el a klinikát.

A kórlefolyás igazolta azon feltevésünket, hogy a beteg felvételekor helybeli infectio már volt jelen, mert esakis ebből magyarázhatók a műtét után is fennálló és 15 napig tartó hőemelkedés és azon helybeli elváltozások, a melyeket észleltünk. A kifejlődött subperitonealis haematomának bomlását, a tályogképződést esakis a műtét előtt a ronesolt parametran szövetek közé jutott bakteriumok okozhatták. De ezenkívül a kórlefolyás igazolta a tervbe vett műtét, úgymint a méh teljes kiirtása, az extraperitonealis csomkkezeltés, a has kitisztítása és a drainezés helyességét is. Hogyha a műtét után kifejlődött helybeli elváltozások a parametran szövetek infectioját már bizonyították, akkor kétségtelen, hogy a méh, a melyben a szülés befejezését előkészítő műtét történt, is inficiálva volt. A sebeszet mai álláspontja szerint pedig az inficiált méhet el kellett távolítanunk, hogy ezzel az endometritis és következményeinek kifejlődését megakadályozzuk. A méh eltávolítására pedig könnyen határozhattuk el magunkat annyival is inkább, mert a méh sebe erősen ronesolt volt és mert nyolczszor szült nővel volt dolgunk, a kinek már több élő gyermeke van. A csomkok és a parametran szövetek közé történt repedés helyének pontos extraperitonealis elhelyezésével elértük azt, hogy infectiosus anyagok nem ürültek újra a szabad hasüregbe és így főleg ennek tudható be, hogy általános peritonitis nem fejlődött ki. A peritonitis kifejlődését kétségen kívül megakadályozta az a körülmény is, hogy az ép hashártya a hasüreg kitisztítása által a minimumra redukált infectiosus anyagnak deletaer hatását még le tudta győzni. A hüvely felé való drainezés pedig az által, hogy a váladéknak levezetését elősegítette, megakadályozta a tályognak a hasüregbe való áttörését.

Ebből látható, hogy a műtét egyik legfontosabb momentuma a peritonealis seb pontos egyesítése és a hasüreg kitisztítása, a mi összekapcsolva a méh sebének összevarráásával elegendő is az olyan esetekben, a melyekben infectio ninesen jelen. Ámde az infectio kizárásának megállapítása a legnehezebb feladatok közé tartozik. Az csak olyankor volna megközelíthető bizonyossággal felvehető, a mikor a szülés kezdettől fogva teljesen aseptikusan történt. Ezek közé pedig leginkább csak azon ritka esetek sorozhatók, a melyekben a szülés és a ruptura keletkezése intézetten belül ment végbe. Tudjuk azonban, hogy a méhrepedés épen leggyakrabban intézetten kívül, szegénysorsú szülőnőknél fordul elő, a kinek szülését rossz viszonyok között többnyire tudatlan és piszkos bábák vezetik. Az ilyeneknél az infectio, ha annak a beteg felvétele alkalmával semmiféle tünete sem mutatkozik, teljes bizonyossággal még nem zárható ki. Ezért sok esetben a rupturának egyszerű összevarrása — per laparotomiam — nem is jár mindig a megfelelő eredménnyel, mert az infectio, ha peritonitis nem is fejlődik ki, a méh felől még tovább terjedhet.

Tehát, ha helybeli infectionak valamely tünete jelen van, vagy csak gyanúnk is van arra, ne elégedjünk meg a repedésnek egyszerű összevarráásával — per laparotomiam —, még kevésbé a conservativ kezeléssel, hanem, ha a körülmények és a beteg állapota megengedik, *távolítsuk el a méhet, egyesítsük a peritonealis sebet, drainezzunk a hüvely felé és tisztítsuk ki a hasüregét.*

Nézetem szerint a méh eltávolítására a leghelyesebb eljárás az abdominalis totalexstirpatio. Ennek a supravaginalis amputatio felett az az előnye, hogy vele a méhrepedés mindkét szélét eltávolítjuk, míg ellenben a supravaginalis amputatioval a repedésnek a vagina felé eső széle visszamarad, a mi semmi esetre sem

közömbös, ha a repedés szélei inficiáltak. A vaginalis totalexstirpatio felett pedig az az előnye, hogy hasmetszéskor a repedésnek egész kiterjedését jól áttekinthetjük és minden részéhez jól hozzáférhetünk. A hüvely felől ellenben a magasra terjedő peritonealis repedés végét meglehet, hogy el sem érjük, vagy nem is vesszük észre és így könnyen megtörténhetik, hogy a repedést tökéletesen nem egyesítjük. Fentebbi esetünk jó példa erre. Itt a peritonealis repedés baloldalt egészen a crista ossis ilei magasságáig terjedt fel. Ennek a repedésnek a végét a hüvely felől nem tudtuk volna elérni. Vaginalis totalexstirpatorra vonatkozó személyes tapasztalatunk ugyan még ninesen, de azt hisszük, hogy az csak akkor jöhetne szóba, ha a beteg erőbeni állapota miatt csak rövid ideig tartó műtétet lehet végezni. Magától értetődik, hogy ekkor a műtét gyorsítása czéljából a parametriumokra nem leköteket, hanem csipőket fognánk alkalmazni. Ilyenkor azonban a has felől is lehet egy rövid ideig tartó, t. i. Porro-műtétet végezni, a melynek nagy részben megvannak az abdominalis totalexstirpatio előnyei is.

Végül, hogy a *complet* méhrepedés gyógykezelésénél a sebész beavatkozás jogosultságát még jobban előtűntessem, az egyetemi I. számú női klinikán előfordult méhrepedés-eseteket röviden összefoglalva ismertetem.

Összesen 28 méhrepedés került kezelés alá. Ezen 28 közül 17 incomplet és 11 complet volt. A 17 incomplet méhrepedésnél conservative jártunk el. Ezek közül 7 meggyógyult, 10 meghalt. A tizenegy complet méhrepedés-eset közül hatot conservative kezeltünk. *Ez a hat mind meghalt.* Az utolsó ötnél sebészileg avatkoztunk be. Az esetek a következők:

1. 856/1894. D. A.-né 27 éves V. P.; magzatvize két nappal előbb folyt el; fájásai egy nappal előbb megszűntek; intézetten kívül fogókisérlet. I. k. f.; szűk medence; c. d. 10'6. Collapsus; pulsus 144—148; hőmérsék 37'7.

Puha érzékeny méh; fej magasban a medence bemenete felett; kis vérszivárgás. Perforatio után a fej nehéz extractioja cranioklasttal. Evisceratio a supraclavicularis tájon át. *Ruptura uteri completa.* Porro-műtét. Exitus egy nap múlva.

2. 864/1896. L. F.-né 31 éves III. P. Előremet szülések rendesek; szűk medence (?) ; II. k. f.; 5 órával a burokrepedés után vérzés; pulsus 120, gyengült fájások, fej kitért. Perforatio után a fej nehéz extractioja cranioklasttal. *Ruptura uteri completa.* Supravaginalis amputatio. Baloldali ligamentum csomk kivételével extraperitonealis elhelyezés. 12 óra múlva exitus. A bonczolat kideríti, hogy a baloldali spermatica felett, a mely en masse lett lekötve, a lekötés meglazult és a halál az innen keletkezett elvérzésből származott. Infectionak nyoma sem volt.

3. 38/1897. G. Gy.-né 34 éves V. P. Szűk (lapos) medence. C. d. 10'8. Intézetten kívül a magzatviz elfolyása után 5 órára koponyafekvésből lábrafordítás és extractio. *Ruptura uteri completa.* Pulsus 112; folytonos vérszivárgás. 4 óra múlva laparotomia. A méh sebéből vérzés. A repedés összevarrása. Exitus közvetlenül a műtét után a nagyfokú vérvesztés következményeiben.

4. K. A.² III. P. Szűk medence. C. d. 9 cm. Első két szülése spontan folyt le. Időelőtti burokrepedés. Intézetten kívül fogókisérlet. Később megszűnnek a fájások és rosszul lesz. *Ruptura uteri completa* a szabad hasüregbe kinyomult magzattal. Gyenge, nem számolható pulsus, hő 36'8. Császármetszés.

Supravaginalis amputatio extraperitonealis csomkkezeltéssel. Gyógyulás.

5. A közölt eset. Abdominalis totalexstirpatio extraperitonealis csomkkezeltéssel. Gyógyulás.

Tehát az öt sebészileg kezelt beteg közül három meghalt, kettő meggyógyult.

A meghaltak közül az 1-ső sepsisben, a 3-dik még a műtét előtt történt nagyfokú vérvesztés következményeiben pusztul el. A 2-diknek halálát accidentalis dolog, t. i. a lekötés meglazulása következtében származott elvérzés okozta. Ha ez nem következik be, az operatio a beteg életét bizonyára megmentette

¹ Bemutatva a gynaecologikus szakosztály 1896. november havi ülésén.

² Doktor: Méhrepedés a hasüregbe kilépett magzattal. Császármetszés. Gyógyulás. (Orvosi Hetilap, 1899. november 19.)

volna, mert a bonczolat sepsisnek semmiféle nyomát sem derítette ki.

A míg a conservative kezelt 6 méhrepedés-eset közül egy sem gyógyult meg, addig az 5 operative kezelt közül kettőnek az életét sikerült megmenteni. Úgy vélem ezen számok elég tanulságosak arra, hogy *ruptura uteri completa esetén sebészileg avatkozzunk be, ha csak a külső viszonyok és a betegnek reménytelen állapota ez elé akadályt nem gördítenek.*

Végül nem mulasztatom el hálás köszönetemet nyilvánítani mélyen tisztelt főnökömnek, Kézmárczky tanár úrnak, hogy ez esetben mind operációjával, mind közlésével megbizni kegyes volt.

Az idült dobüreglob újabb mechanotherapeutikus kezelése.

Sugár K. Márton dr. fülörvostól Budapesten.¹

A diadalút, melyet Ling, Thure-Brandt és Kellgreen mechanotherapeutikus elvei az anyagyógyászatban befutottak, a gyermekdisciplinákra sem maradtak befolyás nélkül. Az orrgaratür-massage-ra, mint therapeutikus ágensre először Braun Mihály triesti szakorvos utalt a X. nemzetközi orvosi congressuson Bécsben (Wiener med. Blätter 1890, VIII/28.). Cederschildd tanár ugyan már 1886 óta, négy éven át több mint 100 orrgaratürembetegedés esetét kedvező eredménnyel kezelte massage-zsal vibratio nélkül (Allg. med. Centralzeitung 1890 november 1.). Cederschildd az orr számára egy körülbelül 12 cm.-nyi hosszú, dupla spirálisan csavart finom ezüstsodronyt használt, mely felső végén egy cm.-nyi hosszú lyukkal, másik végén fogantyúval van ellátva. Használat előtt ezen ezüstsodronyt keskeny battistsávval körülesavarja, melyet a sodrony lyukjába erősít. A garat számára az elülső részen könnyen meghajlott szivacstartót alkalmaz, melynek két karja közé egy battistba burkolt wattagomolyt úgy erősít meg, hogy a fémrészek teljesen fedve vannak. Az orrgaratür számára a Jurasz-féle wattatartót, a tubák számára hasonló, csak hosszabb (20 cm.-nyi) eszközt használ, mint az orr számára leírtat. A massage keresztülvitelére az orr belsejét megvilágítja és minden különös erőszak nélkül az eszközt a megbetegedett részre vezeti és többször dörzsöli vele, illetve fel- és alányomja.

Braun Mihálynak massage módszere, illetve vibratios massage-a mindazonáltal alkalmazásának módja szerint új volt, sok részről meg lett támadva, helyenként izgatott tudományos vitákra adott alkalmat és dacára annak, mint a benne jártasnak becses módszer, mechanotherapeutikus orvossági kincsünkben teljes joggal meghonosodott. Braun Mihály Triesztben több mint 12 éve használja az orr, garatür és garat nyákhártyájának, sőt a gégefő és bárzsing gyógykezelésére is. Az általa elért kiváló sikerek elég ékesen beszélnek módszere hatékonysága mellett, hisz segítségét ismételtlen fejedelmi származású betegek is felkeresték és sikerrel használták azt. Könnyű dörzsöléseket és rezgéseket végez, melyeket könnyed és gyorsan egymást érő mozgások által a könyök izületében keletkező rázkódások által hoz létre és ez által a nyirkedényekben és visszerekben a keringés megelevenítése folytán a nyákhártyáknak alapos átmódosítását akarja előidézni. Massage módszerének keresztülvitelére hajlékony rézkutaszokat használ, melyeknek feje wattával lesz szorosan körülesavarva. A wattagomoly a kutasznak bordás nyakára erősítették és a sonda szabad vége felett 2–3 cm.-rel kiáll. Ezen esetet 20%-os cocain-oldattal vagy 10%-os jódjodkaliglycerinnel itatja, vagy 10%-os mentholvaselinnal bezsírozza.

A megbetegedett részeket jól megvilágítja és mindig a szemnek vezetése alatt végzi a dörzsöléseket és vibratiokat. A mozgás kiindulási pontja a meghajlított könyökizület, melyet szükség szerint kinyújt, emel, leereszt vagy hátrafelé mozgat.

A kutaszt tollalakúlag a hüvely-, mutató- és középujj között tartja, mi kiválóan alkalmas arra, hogy a kar hullámozó mozgását az illető nyákhártyarészszel közvetítse. A nyákhártya és a kutasz közötti érintkezési idő csak kevés másodpercig tart, később fokozott toleranciánál 5–6 perczig. A garat gyógykezelésére a leg-erősebb sondákat használja és a garatnyákhártyával való contactus

kezdetben csak minimumra szorítkozik, mert a legtöbb beteg csak nagy nehezen tűri. Legbajosabb a gégefő és légeső massage-a, mert az intolerantia itt a legnagyobb.

Csak hosszabb idő után sikerül az egyes megbetegedett részeket külön figyelemmel kezelni. Az énekhang zavarainak nagy részét is legrövidebb úton megszüntette.

A bárzsing massage-ára nagyon hosszú kutaszokat választ és Braun szerint a siker különösen ideges bajoknál (Sensibilitätsneurosen) rendkívül szembeötlő. Az ozoena régi meggyökeredett alakjainál, avult garathurutoknál, a hypertrophikus orr- és orrgarathurutoknál, továbbá heveny gyulladásoknál meglepő sikert látott és azt találta, hogy a fejnyomás, fejfájás, migraine és a neuralgia supraorbitalis legtöbb eseteiben, melyek minden más gyógykezeléssel daczolnak, a középső orrkagylónak massage-a a fájdalmakat gyorsan megszünteti és a rohamok újrakezdetét meggátolni képes.

Braun módszere Lackér gráci magántanárban meleg szószólóra talált.

Ő is a felső légutak megbetegedéseinek egész sorozatában a belső nyákhártyamassage használatára gyógyulást vagy jelentékeny javulást látott. Lackér hosszú fejes sondával massált, melynek gombját cocain-oldattal áztatott wattával körülesavarja.

A berlini híres otologus, Lucae tanár ezek helyett bezsírozott fémkutaszokat használt, melyeknek nyele szilárd újézüstből, felső végük ónból állott.

Seligmann a német fülgyógyászok II. gyűlékezeten 1893-ban egy villamosság által mozgatott orrmasseurt mutatott be és ugyanazon évben Freudenthal (Archiv für Otologie XXXVI. kötet, 210. oldal) a newyorki Academy of medicinben electromotorikus kalapácsképet demonstrált az orrgaratnyákhártyának gyógykezelésére.

Vulpus elvben az előbb említett Cederschildd tanár módszeréhez tért vissza, a midőn rezgési massage helyett az orrkagylók dörzsölési massage-át tompa, curetteszerű eszközzel ajánlotta és szintén főképp a hypertrophikus orrnyákhártyának nyirk- és véredényeire kívánt hatni (Archiv f. Ohrenheilkunde XXXII. kötet, 207. oldal). Mindezen kísérletek az otologus számára is megfogható érdekekkel bírnak, mert a szoros okozati összeköttetés chronikus orr- és garathurutok és chronikus középső fülhurutok között ismeretes. Nem esoda, hogy a híres berlini otologusnak, Lucaenak nevét is a Braun-féle gyógy módszer hívei között találjuk.

Demme (Deutsche med. Wochenschrift 1891, 46. sz.) is ezen Kellgreen elvei szerint feltalált Braun-féle massage-t főképp ozoenál melegen ajánlja. Szerinte ezen massage egy mülegesen előidézett gyulladásnak első stadiuma, azaz acut hyperaemia. Demme technikája abban áll, hogy körülbelül 20 centiméternyi hosszú és 2 milliméternyi vastag rézkutasznak bordás végére wattagomolyt csavar fel és azután 20%-os pyoktaninlanolinkenőccsel massál. A mozgás lehetőleg könnyű, rövid, egyenletes rázkódítás, mely az effleuragenak megfelel és melyet a kar könyökizületében végez. Az ülések naponta, több betegnél csak kétszer hetenként ismételtetnek és minden orrüreg számára legfeljebb félperezig tartanak. Már e helyen meg akarom említeni, hogy én magam Baumgarten Egmont magántanár kartársunk ajánlatára 30%-os phenolum sulforicinium-oldatnak alkalmazásával kísérleteztem. Baumgarten ugyanis nemrég ozoena ellen a 30%-os phenolum sulforicinium-oldatnak ecsetelését kétszer hetenként ajánlotta. A pörkök előzetes kifeeskenedése után a Braun-féle rézkutaszra csavart pamutgomolyt az említett 30%-os kenőccsel bezsíroztam és a vibratios massaget egészen Braun módszere szerint végeztem. A feltűnő gyors hatást, mely két esetben már 10–12 ülés után fellépett, az úgy látszik nagyon hasznavehető therapeutikus szerre vezetem vissza, mely szer a rezgőmassage és az általa keletkezett acut hyperaemia által, továbbá a nyákhártya mirigyeibe való mechanikus benyomása által gyorsabban felszívódásra és így érvényesülésre kerül. Chiari tanár Bécsben kereken tagadja a Braun-Lackér-féle sikereket és e gyógykezelés előnyeit nem taksálja nagyobbra, mint minden más gyógykezelési eljárás sikereit az ozoenanál; a látszólagos gyógyítást csak a tisztításra vezeti vissza. Szerinte a tönkrement mirigyszövetet és a kötőszövetet átváltozott nyákhártyát semminemű kezelés nem bírja ad normam visszavezetni. (Wiener klin. Wochenschrift 1892, 42. sz.) Igaz, hogy Lackér maga is egy a megbetegedett nyákhártyának neki sem bebizonyíthatóan

¹ Előadatott a budapesti kir. orvosegyesület otologiai szakosztályában 1900. február 16-dikán.

látszó módosítását supponálja és a fősúlyt az általa kezelt betegek javult subjectív tüneteire fekteti (Wiener med. Presse, 1892, 5—6. sz.). Chiari válaszára elkeseredett polemia támadt Lackner, Braun és Chiari között. Braun (Wiener klin. Wochenschr. 1892, 40. sz.) Chiari egyik tanítványának, Pierce doctornak dolgozatára hivatkozik, ki Chiari poliklinikai osztályán 6 ozena esetet kezelt rezgőmassage-zsal, továbbá Felici, Massuci és Garnaudnak közleményeire. Braun a rezgőmassage és az Ultzmann-féle sondakezelés között az urethritis chronicánál párhuzamot húz, a midőn ennek sikerét a chronicusan megbetegedett nyákhártyának a fokozódó nyomás által nagyobbodott vitalitására vezeti vissza. Braun végül a vibratios massage különös előnyeül a következő hat pontot emeli ki: 1. a megbetegedett résznek teljes izoláló lehetősége a gyógykezelésnél; 2. a nyomás energiájának felülbírálása a vibráló ujjak által; 3. a kutasz gyors és könnyű be- és kivezetésének lehetősége a felső légutak nyákhártyájának minden megérintendő pontjára és a betegnek ez által fokozott tolerentiája; 4. a kutasznak consequens alkalmazása által a nyákhártya physiologikus tevékenységének előidézése; 5. az érzékenység leszállítása és a fokozódott ellenálló képesség káros külső behatások ellen; 6. az absolut antiseptikus kezelés.

Az általa használt gyógykezelést részletesen a következőképen írja le:

Reggel a pörkök eltávolítása után a nyákhártya az egyik kutaszszal cocainnal érzéktelenítettik, egy másik vattagomolylyal ellátott absolut alkoholba vagy 10/0-os sublimat-oldatba vagy 10/0-os mentholvaselinbe vagy perubalsamba bemártott kutaszszal az orrütnék alja, harmadikkal az alsó orrjárat, negyedikkal az alsó kagyló, ötödikkal a középső orrjárat, hatodikkal a középső kagyló, hetedikkal a septum, nyolcadikkal és kilencedikkal az orr felső részei és végül egy tizedik kutaszszal az egész orr vibráltatik. Egyúttal mindig az orrgaratúrt friss kutaszokkal 2—3-szor kezeli. Délután ugyanazon procedura ismétlése.

A rossz szag és a pörkképződés már néhány ülés után megszűnik; maga a gyógykezelés az eset makacsága szerint 250 ülésig is tarthat, de mindig teljes gyógyulás áll be. Dolgozatom keretét messze túlhaladnám, ha még behatóbban nyilatkoznám a Braun-féle módszerről, de eltekintve a causalis nexustól, mely az orr-, orrgaratúrt és fülbetegségek között van, Braun módszere úttörő volt a vibratios massage feltalálására a fülészetben. Mielőtt erre átmennék, a tökéletesség kedvéért felemlitem, hogy újabban Winkler E. (Wiener med. Wochenschrift 1898, 8. szám) Braun gyógmódszerét énekesek avult hangzavarainál ajánlja és pedig szószerint „a larynx nyákhártyájának lényeges affectioja nélkül a zárismok fogyatékos tevékenységénél, hol rendes glottis-zárás sohasem vehető észre“.

A midőn a fülgyógyászatban használt massagekészülékekre áttérek, arra töreksem, hogy ezen therapeutikus iránynak jelenlegi állásáról hű képet nyújtsak. Minden elfogulatlan fülgyógyász be fogja vallani, hogy az idült dobüreghurut, a catarrhus auriculi chronica adhaesiva vagy sclerotica, valóságos crux medicorum. A kilátások ezen baj tartós, sikerteljes gyógyítására meglehetősen rosszak. Lelkesedéssel kell tehát minden idevágó kísérletet üdvözölni, mely jobbra való változást akar teremteni. A különféle az idült dobüreglob ellen használt massagekészülékek ecsetelésénél Ostmann marburgi tanárnak újabb alapos munkája (Archiv f. Ohrenheilkunde 44—45. kötet) némileg megkönnyíti feladatokat. Ezen összes készülékek közös célja Ostmann szerint nem a hangvezető-apparatust egyáltalában véve mozgathatóvá tenni, hanem annak épen csak és kizárólag ama mozgékonyaságot visszaadni, mely által a hangrezgések könnyebb továbbvezetésére képesítve lesz. Lucae ez utóbbi követelménynek rugékony nyomó kutaszával (federnde Drucksonde) akar eleget tenni, a midőn a dobhártya legkevésbé fájdalmas és legjobban kiálló pontját, a kalapács-markolatnak rövid nyúlványát (proc. brevis) kezeli.

Az ép úgy ismeretes masseur vagy rarefacteur Delstanche père-től, kombinálva levegősűrítéssel catheteren át, mint a fülcsontocskák massage-a, inkább az egész dobhártyára hat. Jóval ezen eszközök feltalálása előtt, már 1886-ban Hommel mutatta, hogy a dobhártyának rezgési massage-ára nem szükséges külön eszköz, hanem csak az ujjak és jól kifejlesztett tragus lenek, mely utóbbinak nyomása által a dobhártya rhythmus rez-

gésbe hozható. (Hommel's Traguspresse. Archiv f. Ohrenheilkunde 1886, XXIII. kötet 17. oldal.)

Panse Rudolf egyszerű gummicsövet használt, mely a beteg száját és füljáratát összeköti és a melyben szívás és fúvás által a levegőt percenként körülbelül 120-szor váltakozva ritkítja és sűríti, a mit könnyen lehet megtanulni.

Ezen elvek szerint légmentesen a füljáratba beilleszthető gummicsöveket, melyek a száj vagy feeskendő mozgása által mozgatottak (Kirehner-Haug, Deutsche med. Wochenschrift 1895, 77. o.), légmentesen a fülbe beilleszthető üvegfeeskendőket (Vulpus, Archiv f. Ohrenh. 1896, XLI. kötet, 8. stb. oldal) és más hasonló készületeket (Löwenberg, Annal. de malad. de l'oreille 1889) találtak fel.

(Folytatása következik.)

A cholelithiasis pathogenesiséről és therapiájáról.

Imrédy Béla dr., egyetemi magántanár, kórházi főorvostól.

(Folytatás.)

Egyébként a cholecystitis és cholangitis kifejedésére az epeutakba szorult epekő az által, hogy az epe lefolyását kisebb vagy nagyobb mértékben akadályozza, nagyon sok alkalmat nyújt. Ennélfogva az epeutak lobja nem is várat sokáig magára. De nem is szükséges, hogy az epekővek vándorlásukat megkezdtek legyen. A cholecystitis és cholangitis már akkor is beállhat, midőn az epekővek az epehólyagban nyugodtan fekszenek. Számtalanszor tapasztalhatjuk, hogy már az első epekőlika az epeutak lobjának minden kétséget kizáró tüneteivel köszönt be. Sőt egyesek, mint Riedel, azt vallják, hogy majdnem kivétel nélkül minden esetben cholecystitis, illetőleg cholangitis az epekőlikák megindítói. Riedel szerint a lob kifejedésekor a lobos izzadmány az epekövet a mélyebb epeutakba behajtja, sőt néha egyhuzamban a bélbe sodorja. Ezek szerint az epeutak lobja mozgatja ki helyükből az epekőveket s csak nagyon kivételesen az epehólyag contractioi. Ezeknek Riedel nagyon alárendelt szerepet juttat az epekővek kimozdításában. És Riedel azon nézetben van, hogy az epehólyag contractioi csak apróbb epekőveket képesek az epeutakba hajtani, melyek mechanikus úton epekőlikát nem is váltathatnak ki. Ezen nézet nem helyes, mert kétségtelen, hogy az epehólyag izmai nagyobb, epekőlikát mechanikus úton előidéző epekőveket az epeutakba beszorítani képesek. Másrészt azonban tagadhatatlan, hogy nagyon sokszor az epeutak lobja indítja meg az epekővek vándorlását.

Ha most az elmondottakat röviden összegezem, akkor ebből kitűnik, hogy az epekővek kóros tüneteket idézhetnek elő, ha a vándorlásukat megkezdik. Az epehólyag összehúzódása az epekövet az epeutakba beszoríthatja és a beékelt epekő mechanikus úton epekőlikát válthat ki. Az epekőlika nemcsak akkor szűnik meg, ha az epekő az epeutakon áthaladva a bélbe jutott, hanem akkor is, ha az epeutakban fennakad. Ilyenkor az epeutak táglása szünteti meg az epekő beékelődését és az epekőlikát. A choledochusba jutott epekő az epehólyagba nem eshetik vissza. Azonban az epekővek vándorlásuk nélkül is epekőlikák keletkezésére adhatnak okot, mert pusztán jelenlétük elégséges arra, hogy az epe pangjon és baktériumok által inficiáltassék. A fertőzött epe cholecystitist illetőleg cholangitist hoz létre. Az epeutak lobja pedig épen oly tüneteket vált ki, mint az epekő beékelődése. Tehát az epehólyagban nyugvó epekő is idézhet elő epekőlikát, ha az epeutakban lob fejlődik ki és ez esetben az epekővek eltávozhatnak, az epekőlikák mégsem szűnnek meg addig, míg a lob meg nem gyógyul. A cholelithiasis folyamán a cholecystitis és cholangitis igen gyakran kifejlődhetik, sőt nagyon valószínű, hogy a legtöbb esetben a cholecystitis, és nem az epehólyag összehúzódásai indítják meg az epekővek vándorlását és beékelődését. Végül az epekőlikák oka ritkán egyedül az epekő beékelődése, sokkal gyakrabban az epeutak lobja magában vagy epekőbeékelődéssel vegyest.

A mai nézetek szerint cholelithiasisnál az epekővek vándorlása a kóros tünetek előidézésében egészen alárendelt és mellékes, a főszerepet az epehólyag és epevezetékek lobja viszi. És épen ez a lob az, mely a cholelithiasist veszedelmessé és lefolyásában végzetessé teheti. Ugyanis az epét rendkívül virulens baktériumok fertőzhetik, minek következtében a beteg rövid idő alatt súlyos

sepsisben hal el. Évekkel ezelőtt észleltem egy középkorú nőt, kinél az első epekólika után két hónappal súlyos fertőzés képe alatt állott be a halál. A nőnek magas lázai voltak, állandó és heves májtáji fájdalomról panaszkodott, bőrszíne sötétsárga, mája és lépe tetemesen nagyobb volt. Kellő aseptikus cautelák közt vett vérből bakterium coli communet, staphylococcus pyogenes aureust és albust tenyésztettünk ki és ugyanezen bakteriumokat a boncoláskor a májból és epeutakból vett genyben is megtaláltuk. Szerencsére az ily szomorú lefolyású esetek ritkák. Mindazonáltal az epeutak infectiojához társuló egyéb elváltozások is a beteg életét és egészségét sokszor veszélyeztetik. Így az epeutakban és azok szomszédságában kisebb-nagyobb terjedelmű genyedés állhat be. A lob áttérjedhet a szomszéd szervekre és ennek következtében ezek közt nagyfokú összenövés jöhetne létre, melyeknek kiszámíthatatlan káros következményei lehetnek. Az epeutak falaiban a lob oly súlyos elváltozásokat hozhat létre, hogy ezek az epeutak áttöréséhez vezetnek. Az áttörések némelykor általános hashártyalobot okoznak és a beteget rövid idő alatt elpusztítják, máskor ismét hosszas sínylelés kútforrásaivá válnak. Csak kivételes az, ha az áttörés segélyével a beteg meggyógyul az által, hogy az összes epekövek és a fertőzött epe rövid úton a belekbe kerülnek. De még ilyenkor is az epekövek bélelzáródás által a beteget elpusztíthatják. 1899. nyarán hoztak osztályomra egy nőbeteget, a kinél a bélelzáródás már 14 napja fennállott. Az ileus okát nem tudtuk megállapítani, de mivel a beteg általános állapota még kedvező volt, még ugyanazon napon megoperáltam. A műtő a vastagbél felett körülbelül 30 cm.-nyire az ileum ürét kitöltő tyúktövisnyi epekövet talált, melyet el is távolított. A beteg, sajnos, meghalt. Az ileust tehát egy nagy, áttörés útján a bélbe került epekő okozta és jellegző volt, hogy a has egyáltalán nem volt puffadt. Epekő által okozott ileusnál a has nem szokott felpuffadni, mert az epekő a bélűrt nem zárja el tökéletesen, ezért a bélgak az epekő felülete és a bélfal közt eltávoznak, bélsár azonban nem. Így a has nem puffad fel, flatusok távoznak, bélsár nem, s ezen tünetek az epekő által okozott bélelzáródásra igen jellegzők.

Mindezek felsorolásával még korántsem soroltam fel azon összes veszélyeket, melyekbe a cholecystitis, illetőleg a cholangitis a beteget döntheti. Ezen adatok is már eléggé indokolják azon óhaját, vajha klinikai tünetek alapján ezen veszedelmes szövődmények kezdetét felismerhetnők. Sajnos, ettől még nagyon távol vagyunk. Vannak ugyan klinikai tünetek, melyek arra engednek következtetni, hogy cholecystitis, illetőleg cholangitis már kifejlődött. Így az epekólika alatt fellépő láz az epe infectiojára vall, az epehólyag gyors és fájdalmas duzzadásából cholecystitisre következtethetünk, a sárgaság gyors jelentkezése és a máj fájdalmas és hamar kifejlődő megnagyobbodása a cholangitis jelei. De mindezen tünetek semmi felvilágosítást sem nyújtanak arról, hogy az infectio súlyos természetű-e? vagy hogy a beteg életét komolyan veszélyeztető szövődmények vannak-e készülőfélben? A közelgő veszedelemre előre figyelmeztető klinikai tüneteink nincsenek, pedig épen ezekre volna szükségünk, mert a midőn a klinikai tünetek súlyosságából a beállott veszedelmet fel tudjuk ismerni, a ezélszerű beavatkozás már elkészt.

A cholelithiasis veszedelmes betegség, mert az epeutak lobja gyakori kisézője, és alattomos, mert egy tünet sem árulja el a közelgő és esetleg halált okozó szövődményt. Ha még ehhez hozzávesszük, hogy ezen betegség sötét réme az epeutak carcinomája, akkor egyáltalán nem csodálkozhatunk azon, hogy egyesek a cholelithiasis minden egyes esetét lehetőleg korán akarták operálni. Azonban azt hiszem, hogy ezen nézet helytelenségét nem kell hosszasan bizonyítanom.

Már azon tény, hogy az epeutak carcinomája sokszor olyan egyéneknek fejlődik ki, a kinél az epekövek semmiféle káros tünet által sem árulják el magukat, mielőtt a carcinoma képződött, mutatja, hogy az epeutak carcinomájától úgy sem menthetünk meg minden epeköves beteget. Ez ugyan nem kisebbítheti cholelithiasisnál a carcinomától való félelmet, ellenkezőleg ezen félelem nagyon is indokolt, de a korai művi beavatkozás feltétlen indicatioja nem lehet. De továbbá számtalanszor látjuk, hogy egyetlen vagy csak egy pár epekólika után a beteg meggyógyul. Mások súlyosabb esetekben a belső orvoslás tartós javulást vagy épen

gyógyulást ér el. Ezért cholelithiasisnál korai sebészi beavatkozásra egyáltalán nincs szükség, sőt az sokszor felesleges is volna.

El kell ismernünk, hogy a sebészet a cholelithiasis gyógyításában bámulatos, fényes sikereket ért el. A beteget ugyan veszélynek teszi ki, de rövid úton gyökeresen szabadítja meg bajától. Azonban mindezt az idő rövidségénél fogva az elért gyógyítási eredmények tartósságáról végleges véleményt nem alkothatunk magunknak. Annyi bizonyos, hogy a sebészi beavatkozás sem képes minden beteget a recidivától megóvni. Egyik betegem, kit Dollinger tanár 1893-ban operált volt, körülbelül 11½ évig pompásan érezte magát. Ez alatt teherbe esett és egy egészséges fiúgyermeket szült. Szülés után újabb epekólikák jelentkeztek nála és Dollinger tanár úr azóta már többször távolított el a betegből valódi epe sipolyán keresztül számos epekövet. Ezen recidiváló eseteknek leírásai az irodalomban mind sürűbben találhatók fel s különösen Hermann karlsbadi kórházi igazgató számol be egyszerre több esetről.

Érdekes Riedel-nek a recidivákra vonatkozó nézete. Szerinte műtét után recidivák akkor állanak be, ha a műtő nem távolítja el az összes epeköveket, vagyis ha a műtét tökéletlenül lett végrehajtva. Az én esetemre nem fogadhatom el ezen magyarázatot, mert a beteg hosszabb időn keresztül minden epekólikától meg volt mentve. Ezen esetben valódi recidiváról szólhatunk s nagyon valószínű, hogy a terheléssel járó epepangás újabb epekövek képződésére adott alkalmat. Ezen újabb epekövek váltották ki a szülés után az epekólikákat. El kell azonban ismernem, hogy recidivák oly értelemben is beállhatnak, mint azt Riedel mondja, mert Riedel ezen nézetét saját tapasztalatából merítette. De ez csak azt bizonyítja, hogy a műtési eljárás még tökéletlen, mert még oly gyakorlott műtő, mint Riedel, sem képes azt minden esetben tökéletesen végrehajtani.

Mindezeknél fogva cholelithiasisnál minden esetben korai műtetre egyáltalán nincs szükség, de különben is bármily fényesek jelenleg a művi beavatkozás sikerei, tekintettel arra, hogy a beteget ezen kezelésnél mégis veszélynek tesszük ki és még ezen veszély árán sem tudjuk a recidivától biztosan megóvni, a cholelithiasis belső orvoslását mellőzni nem lehet. Nap-nap után láthatjuk, hogy a belső orvoslás számos beteget szabadít meg epekő bajától. Igaz ugyan, hogy a betegeket recidivától nem képes megmenteni, de ez nem ok arra, hogy a belső orvoslást elvesszük. Sőt ellenkezőleg, mivel a belső orvoslás sok esetben bámulatos eredményeket ér el és nem is teszi ki a beteget oly veszélynek, mint a sebészeti eljárás, mely a recidivától szintén nem óv meg, a cholelithiasisban szenvedő betegeket első sorban belsőleg kell orvosolni. Ez alól kivételt csak azon esetek képezhetnek, melyeknél egyes tünetekből eleve következtethetnők, hogy a belső orvoslás eredménytelen marad.

Azon számos orvosság közül, melyet a cholelithiasis gyógyítására ajánlottak, egyedül a karlsbadi víz és a vele hasonló összetételű ásványvizek használatától várhatunk jó eredményt. A többi szerek se nem használnak, se nem ártanak. Ez alól az olajnak nagy adagjai és a natrium salicylicum képeznek kivételt. Ezek alkalmazásától ugyanis javulást vagy gyógyulást sohasem láttam, sajnos azonban, hogy sokszor oly nagymérvű étvágytalanságot és gyomorhurutot hoznak létre, hogy ennek következtében a betegek még jobban elgyengülnek. Ezért én ma már csak a karlsbadi vizet veszem igénybe a cholelithiasis orvoslásánál. A natrium salicylicumra legfeljebb akkor térnék még vissza, ha az epeinfectio kétség-telen tüneteinek vannak jelen, azon reményben, hogy ezen szerrel az epét esetleg desiniciálhatom.

A karlsbadi víz hatására nézve a nézetek nagyon eltérők. Riedel szerint a karlsbadi víz úgy hatna, mint minden más a belekben vérbőséget okozó és a bélsarat gyorsan kiűritő hashajtó. Az által, hogy a belekben vérbőség jön létre, az epeutak vértelennek lesznek, erre a lob megszűnik és az epekólika elmúlik. Ha azonban a karlsbadi víz jó hatásának az volna a titka, hogy a belekben vérbőséget okozva, az epeutakat vértelenné teszi, akkor nagyon valószínű, hogy más hashajtók, melyek a belekben szintén vérbőséget okoznak, hasonló hírnévnek örvendenének a cholelithiasis terapiájában, mint a karlsbadi víz. Ez nincs így, tehát a karlsbadi víz jó hatásának okát másban kell keresnünk.

(Folytatása következik.)

T Á R C Z A.

A párisi Pasteur-intézet.

(Vége.)

Mellette, balján ül a conférence-okon az intézet legmarkánsabb alakja, Mechnikoff. A phagocytá theoría genialis megalkotója, a Pasteur-iskola laboratóriumainak tényleges feje, az embernek első pillanatra szemébe ötlök. Nagy, négyszögletes kozák koponyája, előre dudorodó óriási homloka alatt mélyen ülő, okos szeme sejteti velünk bámulatos esztét. Az intézetnek Rouxval együtt aligazgatója, de valósággal csak laboratóriumának él; az intézet második emeletét vezeti, a biológikus osztályt, a hol négy assistens (préparateur) áll rendelkezésére. Rendesen nejével együtt jön be, a ki szintén bakteriologiai tanulmányokkal foglalkozik; a laboratóriumokat végig nézi, átvészi az esetlegesen érdekes új eredményről szóló jelentést, s azután dolgozószobájába bezárkózik. Délután ismét csak dolgozik. Szívósságánál, éles eszénél, ideákban való gazdagságánál és szívességnél, a melyvel tanítványait vezeti, csak emlékező tehetsége nagyobb. Minden csekély, bárhol megjelent közleményre emlékszik. Valóságos eleven bibliographia. Perfecte ír és beszél francziául, angolul, németül, oroszul. (Munkásságának méltatása nem lehet jelen sorok feladata.)

Duclaux másik társa az intézet vezetésében Roux, a diphtheria-ellenes serum egyik feltalálója. Mert hiába is vindikálják a németek Behringnek a serumtherapia inaugurálásának kizárólagos érdemét, a francia orvosi akadémia helyesen osztotta meg kettőjük között a kitűzött nagy díjat. Rouxnak munkálatai nélkül, a melyekben az általa felfedezett diphtheria-mérget ismertette, Behring ható serumot előállítani nem lett volna képes. Roux kitűnő munkaerő, és még jobb organisátor. 42 éves korában tagja lett az Académie de Médecine-nek, régen lovagja a becsületrendnek, s e mellett a szerénység maga: noha seruma az intézetnek állítólag 200,000 frankot jövedelmez, megelégszik 6000 frank évi fizetéssel. Több neki nem kell, úgy mondja.

Vezeti az intézet serum-laboratóriumát (Microbie technique), vezeti a serumtelepet, a melyről alább lesz szó, s évenként két kursusban számos bakteriologust képez ki. Ez a két, nyolcz-nyolczheti kursus, a melyek egyike november 1-jén, a második február 1-jén kezdődik, bámulatos pontossággal működik. A hallgatók (kész orvosok vagy kórházi interne-ek) csakis korlátozott számban (40—45) vétetnek fel; rendszeren egy évvel előbb kell jelentkezniök, az idegenek kivételével, a kik, mint Párisban mindenütt, itt is előnyben részesülnek. A laboratóriumban elhasznált állatokért, vegyi szerekért, gázért 30 frankot fizetnek, de ennek ellenében systematikus előadásokban végig hallgatják a bakteriologia jelenkori állapotát és végig dolgozzák e tudomány experimentális részét. 45 kétórás előadásban Roux, Mechnikoff a legkimerítőbb áttekintést adják a mikrobiologia orvosi részének, olyat, a minőt a francia irodalmat souverainul megvető egy német tankönyv sem ad. A két tanár megosztja a terhet: a morphológiáról, a typhus-cholera csoportokról, protozoákról, immunitásról — mindmegannyi kedvelt témája — szóló előadásokat Mechnikoff tartja, a többi nagyrészt Roux. Egyes specialisabb kérdéseket mások látnak el: a takonykóról Nocard beszél, az alferti állatorvosi akadémia híres tagja, a malariáról Laveran, a plasmodium felfedezője, a ki most, hogy mellőzték a becsületrend közepkeresztjének osztogatásánál, sértett hiúságból a katonaoorvos karból, a hol mint főtörzsorvos szolgált, kilépett és aligazgatói ranggal az intézet protozoa osztályának szervezését vállalta el; a festéseket Borrel adja elő, a börgombákat Sabouraud, a blennorrhoeáról Morax beszél, mindmegannyi kapacitása.

Előadás után a hallgatók practikusan végigdolgozzák a hallottakat az előre előkészített állatok során. Minő pontossággal rendezi Roux assistenseivel, Binottal és Borrellel a kurzust, kitűnik abból, hogy az előadás végével a tárgyhöz tartozó hiánytalan állatseries és friss kultúra áll a hallgatók rendelkezésére. Az összes alkalmas kísérleti állatok, mint galamb, tyúk, lúd, nyúl, tengeri malacz, kutya stb. ott szerepelnek a kísérletek sorában. Pl. a tuberculosis előadások után maga előtt látja a hallgató a friss, a régi, a miliaris gümőkórt, peritonealis folyamatokat, mesterséges tuberculosis fekélyeket, tuberculin-reactióban levő lázas, beteg állatokat, s olyanokat, a melyeket a tuberculin óriási reactioja megölt, lát madártuberculosisban elpusztult szárnyasokat, a tuberculosishoz közel álló Moëller-féle thimotee-bacillussal, a streptothrix Decivel stb. inficiált állatokat stb. A ki idejét ki akarja használni, annak útbaigazításokkal stb. szolgálnak. De meg is van a látszatja: Bordet, Cantacuzène, Calmette, Salimbeni, mint a francia bakteriologia jelenlegi jelesei, Marmorek, Malvoz, a lüttichi professor, Laurent, a növénybetegségek kutatója, Forstmann lundí, Tchistovitch pétervári, Podwissozky kiewi, Sawtchenko moszkvai, Sanarelli buenos-ayresi, Marie konstantinápolyi professorok, Zabolotny, az orosz pestis-expeditio vezetője az intézet növendékei közül kerültek ki.

E növendékeket az intézet igazgatósága a kurzus hallgatói közül válogatja, néha azonban — idegen szakember ajánlatára — egyenesen is lehet bekerülni a hivatalos dolgozók közé. Rendesen két dolgozót osztanak be egy-egy szobába, a hol a kutatás minden kényelmével el látják. Nagy állatpark áll rendelkezésére (hetenként 200 tengeri malacot és 100 lapint hoznak be az intézet Garches-i telepéről), az intézet voliere-jéből minden szárnyast megszerezhet, kisebb istállóban majmok, kecskék, kutyák, juhok állnak rendelkezésére, sőt Mechnikoff viváriumból a hüllők, vízi állatok minden fajtát megszerezheti. Van ott gyík,

béka, triton, axolotl, tekenős, rák, daphnia, bogár-álcza, hal, sőt a thermostat szobában egy impozáns krokodilus is. (Mechnikoff ezen mutatta ki, hogy a Darwin-féle lépcsőben a krokodilus az első, antitoxin termelésre képes állat.)

A növendékek a szobáért 20 frankot fizetnének, ha az intézet nem engedné el rendesen a díjat; nemkülönben a már némi komolyabb eredményt felmutató dolgozó, ha érdekes témán dolgozik, az állatokat is ingyen kapja.

E néhány adatból érthető lesz, mily óriási budget-tel dolgozik az intézet: jövedelme meghaladja a 300,000 frankot. Ez összeg több oldalról gyűl egybe: a nemzeti alapítvány 50,000 franknyi kamatjából, az antibakterikus kezeltek önkéntes adományaiból, a Pasteur-féle állatoltó anyagok és Roux-féle serumok jövedelméből, a melyek közül a diphtheria serumára nézve Franciaország egyedürségi joggal bír.

A serumokat az intézet garchesi telepén állítja elő. Garches remek vidéken fekszik, a Sèvres-i dombhát mentén; a telepet magát óriási park "környezi. Berendezéséről sokat nem mondhatunk: a serum-termelő intézetek minden segédeszközével el van ugyan látva, de már kissé ósdi. Itt termeli Martin a diphtheria-, a tetanus-, a pestis-serumot, a mely a jelen oportói pestisben kitűnően megállja a helyét; itt termelik továbbá a Marmorek-féle streptococcus-serumot, a melyet Franciaországban septikus folyamatoknál, endocarditis streptomycotica eseteiben sok sikerrel használnak.

E serum egyike azoknak, a melyeket személyes, részint dologi érvekkel legkiméletlenebbül támadtak meg; Petruschky, jelenlegi danzigi bakteriologus pl. még direct kísérletekkel "mutatta ki", hogy "a" streptococcusra hatástalan. Némely streptococcusra tényleg hatástalan, de másfelől sokszor rendkívüli befolyással van a streptococcus-infectióra. És a kinek, mint magunknak is, alkalma nyílt, hogy saját szemével tapasztalhatta, miként akadályozza meg a Marmorek serumának 1 cm³-e a nyúlban egy rendkívül virulens (1:10,000,000 cm³!) streptococcus által való kísérletes fertőzést, a ki csak egyszer is látta, hogy a kísérleti peritonealis infectio folyamán a hasürbe özönlő leukocyták a streptococcusokat, a melyeket azelőtt érintetlen hagytak, mint falják fel 1—2 órával a curativ serum injectioja után, az a serum hathatóságának teoriájában kételkedni nem fog. Embernél is hat a serum, de csak a korrespondáló bakterium ellenében; persze, ne várjon ott senki hatást, a hol a puerperalis septikus lázakat valamelyes virulens coli, vagy proteus, vagy idegen streptococcus okozza. Jelenlegi bakteriologiai diagnostikánk minden haladását mellett is igen durva: kérdés, vajjon pár év múlva valamelyes könnyen kivihető serumpróba segítségével hány csoportra fogjuk osztani a "streptococcusokat", a melyeket kulturalis és görcsövi tulajdonságaik révén ma durván összedobunk. Addig, míg ez be fog következni és a jól diagnostizált sepsisek különböző fájában mind más serum áll majd rendelkezésünkre, be kell érünk a Marmorek serumával, a mely az esetek egy részében tényleg hatásos, vagy esetleg a Denys louvaini "polyvalens" serumával, a melyet ő akként készít, hogy a lovat 10—15 fajtájú streptococcus ellen immunizálja.

Minden egyes serum előállítására szolgáló toxint a párisi intézetben más-más praeparál, csak az oltás és a vérvétel történik Garchesban. Az anyaintézet a serumokon kívül az állat-vaccineket is forgalomba hozza, a melyeknek előállítását titokban tartják. Az idegeneket Pasteur-Roux-Chamberlandnak a lépfeneoltásokról szóló originalis munkájára utalják, ám e szerint állandó vaccine előállítását nem lehet. Jogos-e etikailag e patens, nem mondanám, hogy igen, de praktikus. Csakis ily úton tarthatta meg a Pasteur-intézet kezében azt a szert, a melynek súlyú utánzásai akadnak volna, a melyeknek esetleges balsikeréért a francziákra féltékeny német bakteriologusok a csehükbe vezetőknek betolakodott francia chemikust (Pasteurt) tennék ma is felelőssé. Még így is, ecclatans sikerek mellett, tanulságos, mily nehezen törtek utat a Pasteur védő eljárásai Németországban.

Bezzeg a diphtheria-serum, a Behring eljárása, hamar talált utat a höchsti milliógyárból az orvosok közé. Még ma is a vaccinatiót a francia, a serum-therapiát főleg a német bűvárok üzik, a kik csak nagy nehezen voltak meg ma is arra bírhatók, hogy pl. a Haffkin-féle pestis ellenes oltásokban, a közzétett 100,000-nyi statistika suggeráló számsorai daczára mást lássanak, mint a francia iskola könnyelmű humbugját.

Igy vannak ma is a typhus-ellenes, a cholera-ellenes oltásokkal, a melyekkel angol és amerikai praktikus tapasztalatok ezrei daczára a német bűvárok, minthogy külföldiek ajánlották, addig nem törődtek, míg német laboratóriumi tudósok állat-experimentumokkal be nem bizonyították, hogy a theoria értelmében is "joguk" van ez oltási módszereknek arra, hogy beváljanak.

Mi itthon, Magyarországon nagyon sokáig vittük a német cultura jármát, sok ideig vezettettük magunkat a német tudomány vezető szalagján: pedig már éppen elég. A németektől tanulhattunk alaposítást, türelmet, módszert és rendszert, de eszméket tőlük nem igen kapunk. Németország önálló ideákban vajmi szegény: a kik ideákat, a tudomány iránt való rajongással párosult önálló felfogást keresnek, szakítsák ki magukat a németek apró-cseprő kérdéseinek békőiből és tanuljanak az angoloktól és főleg a francziáktól. A francia exuberans természet szülte túlzásokat nysegessék azután a németek, nem kell ebben segítségükre lenniük. A magyar kutatóbűvárlat, a mely az utóbbi évtizedben ugyanis óriásian haladt, a mondott úton kell, hogy számottevő tényezővé fejlődjék.

A Pasteur-intézet ismertetésénél e helyen alkalmoszerűnek találok, hogy a budapesti tudomány egyetem orvosi karának, a mely a Schor-

dann-féle utazási ösztöndíj adományozásával megengedte nékem, hogy a bakteriologiai biológiát annak legkiválóbb képviselője, Mecsnikoff mellett tanulmányozzam, hálás köszönetemet fejezzem ki.

Budapest, 1899 december havában.

Deutsch László dr.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A gümös húgyhólyaglob localis kezeléséről.

Közl: Bakó Sándor dr. kórházi főorvos, egyetemi m. tanár.

Irodalom. Guyon: Diagnostic différentiel de la cystite tuberculeuse et de la cystite blennorrhagique. Annales des maladies des org. génito-urinaires 1884. 585. 1. De la cystite tuberculeuse. Ann. des mal. des org. urin. 1886. 131. 195. 1. Leçons cliniques sur les affections chirurgicales de la vessie et de la prostate. Paris, 1888. 686. 1. Traitement des cystites tuberculeuses. Referatun Centralblatt f. Harn- u. Sexualorgane 1897. 562. 1. Wittzack: Milchsäure gegen Blasen-tuberculose. Centralblatt f. Harn- u. Sexualorgane 1893. 321. 1. Ramond: Un nouveau traitement des cystites tuberculeuses par des injections intravesicales d'air stérilisé. Bull. méd. 1897. Ref. Centralblatt f. Harn- u. Sexualorg. 1897. 256. 1. Banzet: Traitement des cystites tuberculeuses. Ann. des mal. des org. génito-urin. 1897. 561. 1. Reynolds: Tubercule de la Blase: ihre Erscheinungen und Behandlung mit Hilfe des Cystoskops. Centralbl. f. Harn- u. Sexualorg. 1897. 618. 1. Ref. Coptin: Tuberculosis of the bladder. Journal of cut. and genito-urinary diseases 1898. 557. 1. O. Horwitz: Symptoms and treatment of tuberculosis of the bladder. Journal of cut. and genito-urin. dis. 1898. 570. 1. Association française d'urologie. Ref. Ann. des mal. des org. génito-urin. 1898. 1228. 1. Bazy: Du pansement permanent de la vessie. Ann. des mal. des org. gén-urin. 1899. 741. 1.

A milyen rövid keletű még a húgyhólyag gümös megbetegedéseinek klinikai felismerése, annyira megszorodtak az utóbbi években a baj ellen ajánlott gyógyszerek és gyógyeljárások. Hogy a húgyszervnek bajainak sokszor annyira homályos tömkelegéből mily lassan alakult ki a gümös hólyaglob kórképe, annak jelzésére csak megemlítem, hogy egy még oly speciális munka is, minő H. Thompson-nak a húgyutak betegségeiről írt könyve, mely ismételt német fordításában hosszú időn keresztül nálunk is vezető gyanánt szolgált a húgyszervnek sebészeti betegségei terén, még a 8-dik kiadásában s annak 1889-ben megjelent német fordításában is a húgyhólyag gümös megbetegedéséről említett sem tesz.

Mintegy kiindulási pontját képezte a gümös húgyhólyaglob helybeli kezelésének Guyonnak az a tapasztalata, melyet a hólyaglob differenciális kórisméje című 1884-ben tett közzé, hogy míg a kankós eredetű hólyaglob, bármily régi tartamú legyen is az, 2%-os lapis-oldat becsipegetésére gyorsan gyógyul, addig a gümös hólyaglob ezen szerre csak súlyosbodik. Úgy hogy kétes esetekben, hol tbc. bacillus a vizeletben nem mutatható ki, a lapis hatásának kórismeit jelentőséget tulajdonított. Így tapasztaltuk ezt mások is s ezért az arg. nitricum kevés szerepet játszik a gümös hólyaglob helyi kezelésében. Guyon a húgyhólyag és prostata sebészeti betegségeit tárgyaló 1888-ban megjelent nagy munkájában a gümös hólyaglob local kezeléséről elítélőleg nyilatkozott, már pusztán az eszközök bevitelére a hólyagba növeli a fájdalmakat, a hólyagmosásoktól, becsipegetésektől mi eredményt sem várhatni. Ellenben dicsérte az általános kezelés jó hatását, mely jól megválasztva a fájdalmakra is enyhítőleg hat, az étvágyat emeli, a beteg erejét fokozza. Azon esetekben pedig, hol a fájdalmak, gyakori vizelet ingererek mivel sem csillapíthatók, a hólyag megnyitását ajánlotta a fantáj fölött, egybekötve a fekélyek kikaparásával, égetésével, mely műtétet gümös hólyaglobnál ő végezte először 1884-ben. Az általános kezelés szükséges voltát elismerte mindenki, bizonyos esetekre szorítkozva a műtét beavatkozás jogosultsága is fennmaradt, azonban a helybeli kezelésre vonatkozó álláspontja Guyonnak nem talált követőkre. Feladta azt ő maga is csakhamar, s a mind sürűbben felmerült gümőkór ellenes szerek helyben való alkalmazásának buzgó követője lett, sőt később azt hangsúlyozta, hogy a helyi kezelést már a bántalom első nyilvánulásánál meg kell kezdeni.

A gümőkór ellenes szerek közül legtovább tartotta fenn magát s legkiterjedtebben nyert alkalmazást a jodoform. Különböző megítélésben részesült e szer hólyaggümőkóránál is, némelyek nagyon dicsérik, mások mi hatást nem láttak tőle; alkalmaztatott csakhamar, a mint a sebészeten gümös tályogok, fekélyek kezelésénél mindinkább terjedni kezdett, alkalmaztatott hólyagmosások, becsipegetések alakjában. Guyon 1893-ban a sublimatos becsipegetéseket ajánlotta, az 1:5000—1:1000 oldatból 20—50 cseppet hagyván benn az előzőleg kiürített hólyagban. 10 ily módon kezelt esete közül kettő látszólag teljesen gyógyult, három jelentékenyen javult. Wittzack a tejsavat próbálta meg 5%-os oldatban hólyagmosással, 10%-50%-os oldatban becsipegetésekkel 5 esete közül háromnál az eredmény rendkívüli volt, kettőnél kevésbé jó. Ramond a hólyagnak steril levegővel megtöltését ajánlotta, kiindulva abból, hogy a hashártya gümőkórjánál steril levegőnek a hasüregbe becsikendezése is jó hatású. Azonkívül a hólyagba bevitt s ott tartott 250—300 köbcentimeter levegő mechanikai hatásától is eredményt várt, mely a sphincterrel olyképen hatna, mint végbél fissuráknál az erőszakos tágitás. Egy esetben eljárásától jó eredményt látott. Colin 1896-ban a guajacol 5%-os steril olajban alkalmazta, hozzá adva még 1% jodoformot; a guajacolnak különösen fájdalomcsillapító hatását dicsérte. Banzet 1897-ben közzétett tanulmányában, mely a Guyon klinikáján tett tapasztalatait tartalmazza, úgy nyilatkozik, hogy a kreosot, formalin, tejsav nem váltak be, semmi eredményt sem láttak a jodoformtól, bármely

alakban alkalmazták is. Legtöbb hasznát látták a sublimatos becsipegetéseknek, kezdve az 1:10,000-es oldaton s az 1:2000-nél nem haladva tovább. 39 ily módon kezelt esetből hatnál gyógyulást értek el, hétnél jelentékeny javulást, nyolcnál némi javulást, tizenháromnál alig észrevehető, vagy semmi javulást, ötnek pedig az állapota rosszabbodott. A guajacol becsipegetésekkel nem értek el ilyen eredményt; 20 eset közül egynél a gyógyulást megközelítő jelentékeny javulás mutatkozott, három esetben kifejezett javulás, a többi eset állapota nem változott. Ezzel szemben Orville Horvitz a guajacolt és jodoformot ajánlja és a sublimattól óva int. Nogues 1898-ban az ichthyol 1—4%-os vizes oldatát ajánlotta, melyből mintegy 20 köbcentimetert fecskendez be és hagy benn a hólyagban. A vizelet utána megtisztult, az ingerek kevesbedtek és dicséri, hogy abban különbözik lényegesen a sublimattól, hogy nem izgat.

Bazy a párisi sebész társulat 1898 november havi ülésén „a húgyhólyag állandó kötése” hangzatos címén azt adta elő, hogy miként használható fel ily kötés gyanánt a vaselin-olaj. Ez az olaj becsikendezve a hólyagba, könnyebb lévén a vizeletnél, a vizelet végén fog kiürülni, s ha a beteg, mikor észreveszi, hogy már az olaj kezd kiürülni, sphincterét hirtelen elzárja, az olaj visszamarad s így bentartható 5 napig is; ha pedig az olajban feloldva vagy suspendálva ható szereket viszünk be, a hólyag ennyi időn keresztül azoknak hatása alatt marad. Eddig hólyaggümőkóránál az 5%-os jodoformot próbálta meg, s azt tapasztalta, hogy azon ideig, meddig a hólyag ezen szer hatása alatt volt, a fájdalmas vizelet inger szünetelt. Egy esetben, mely általános gümőkórral halálosan végződött, a halál előtt 8 nappal tett becsikendezés után a vesemedencében is talált jodoformot.

Pousson a vaselin-olajat védő szerként már régebben használja, az 5%-os jodoformos olajat pedig már sok év óta, és jó eredményt látott tőle. Minden nap vagy minden másodnap 10—15 cm³-t fecskendez be, s a betegnek nem is kell ügyelni, hogy ki ne vizelje, mert a jodoform reátapad a nyálkahártyára. Ez a tulajdonsága a jodoformnak annyira ismeretes, hogy némelyek szerint még köképződésre is okul szolgálhat, mely aggodalom nem is egészen alaptalan. Bazy fentartja, hogy eljárásában újítás van, a becsikendezett vaselin-olaj jelzi, hogy mennyi ideig van a hólyagban, s így megakadályozható a hólyag teljes kiürülése.

Jamin az elmúlt év folyamán egyik párisi orvostársulatban beteget mutatott be, kinél a gümös hólyaglob gyógyulása 5 éven keresztül állandó maradt. A betegnek baja egy éves volt, mikor kezelése alá vette, a vizeletben tuberculis-bacillusok voltak jelen. Miután a lapis és sublimatos becsikendezések eredmény nélkül valók voltak, 5%-os jodoformot paraffinban suspendálva kísérlett meg, minden ülésben 10—15 gm. csepegtetve be. A tuberculis-bacillusok csakhamar kevesbedtek s a beteg 3—4 hó alatt teljesen meggyógyult. Későbbi eseteiben még 5%-os guajacolt tesz a jodoform-emulsióhoz s reméli, hogy még gyorsabb eredményt ér el. Mint ismeretes, Antal gümös hólyaglobnál borsavas hólyagmosásokat ajánlott, fél liter 2%-os borsav-oldathoz 10—15 csepp terpentin-olajat vagy kreosotot adván hozzá.

Mellőzvéen ezúttal a műtét beavatkozással elért eredményeket, a helyi kezelésre alkalmazásba jött szerek sorát a fentiekben mutattam ki és e szemlét nem zárhatom be a nélkül, hogy bár röviden saját tapasztalásomat is hozzá ne fűzzem. A tejsavat és formalint kivéve, a többi szereket mind megpróbáltam s egyik szertől és egyik eljárási módtól sem tapasztaltam, tisztán a helyi kezelésnek betudható eredményt. Nem láttam jó eredményt a sublimat becsipegetésektől, sem a jodoformtól, akár steril olajban, akár steril vaselin-olajban alkalmaztam, sem a guajacoltól, akár magában, akár ha jodoformmal együttesen használtam. Kiemelendőnek tartom, hogy a hólyaggümös betegek általában kedvelik a helybeli kezelést, ragaszkodnak hozzá, úgy hogy néha nehéz őket arról lebeszélni. Osztályomon feküdt egy fiú, később általános gümőkórban halt el, midőn nála a helyi kezelést beszüntettem, igen kérte annak tovább folytatását, mert utána könnyebben érzi magát. Ha ilyenkor engedünk a beteg kérésének, megint csak azt tapasztaltuk, hogy a hólyagnak minden érintése a láz fokozódásával járt. A betegeknek bemozdásai, hogy ez vagy ama szer alkalmazása után kevesebbszer, kevesebb fájdalommal vizelek, nem mindig megbízható. Minden szernek jó hatást tulajdonítanak, a mely nem izgat, direct fájdalmat nem okoz. És miután a hólyaggümőkór lefolyásában is vannak hosszabb időre terjedő szünetek, melyek a gyógyulás benyomását adják s ilyen esetek jól vezetett általános gyógymód mellett is előfordulnak, helyi kezelés esetében az ilyenek a helyi kezelés behatásának tudatnak be. Nem úgy állunk azon esetekkel szemben, hol a helyi kezelés alatt a bántalom súlyosbodik, itt a baj rosszabbulását nem mindig tarthatjuk a betegség jellegéhez tartozónak, mert nem egyszer látjuk, hogy a helyi kezelés kihagyásánál a bántalom javul és hosszabb időn át javult állapotban marad. A helyi kezelés abbanhagyására nem annyira a betegek subjectív érzései, bemozdásai az irányadók, nem is mindig a jelentkező hólyagvérzés, mely hólyaggümőnél is minden kimutatható ok nélkül is beszokott állani, hanem a kezelés folyamán fellépő láz.

Egy időtlen hólyagbajos helybeli kezelése alatt beállt láz egyszerűsmd egy fontos adatot nyújt a bántalom természetének felismerésére is, mert elég gyakran a gümös hólyaglob nem mint könnyen felismerhető betegség áll előttünk. Az esetek egy bizonyos számánál a tuberculis-bacillus a vizeletben nem mutatható ki, heréknek, ondózsínórnak, prostatának egyébként útbaigazító elváltozása gyermekeknél s néha felnőtteknél is egészen hiányzik, midőn úgy ezeknél, mint nőknél nem egyszer csupán a rationalisan folytatott helyi kezelés sikertelensége vagy a közbelépő s egyébként nem értelmezhető láz beállta szolgál útmutatásul a bántalom gümös természetére.

A cystoskop igénybevételét gümös hólyaglob esetében a vizsgálattal járó veszélyek miatt sokan contraindikálnak tartják; az esetek egy nagy számában nem is kivihető. A bántalom kezdeti szakában, midőn a hólyag még tágulékony, útbeigazító felvilágosítást adhat, sőt némelyek az így felismert fekélyek cystoskopikus kezelését is ajánlották.

A gümös hólyaglobhoz csatlakozott szövődmények instrumentális kezelést ritkán igényelnek. A beállott hólyagvérzést a nyugalom szünteti meg a leghamarább és a vérzés ritkán oly fokú, hogy a véralvadékok levezetésére katheterre lenne szükség. Hólyaggümőkör heveny húgyrekedéssel párosulva a kivételes esetek közé tartozik, éppen annak ellenkezőjét, a gyakori fájdalmas vizeletést látjuk; a hólyag ugyan ilyenkor sem ürül ki teljesen, de a vizsamaradt néhány gm.-nyi residuum nem igényel beavatkozást. Idült húgyrekedés hólyaggümővel szövődve öreg embereknel fordul elő, a vizelet rendszeres lebocsátása ilyen esetekben, eltérőleg a nem gümös eredésű idült húgyrekedésektől, még oly óvatosság mellett is, szakadatlan láznak az egyén gyors kimerülésének szokott a megindítója lenni.

Könyvismertetés.

Chirurgie de l'estomac. Par F. Terrier et H. Hartmann. Paris. G. Steinheil. 1899.

A gyomorsebészet, mely az utolsó évtized alatt oly nagy haladást mutat, jelen munkával egy kitünő és kimerítő forrásmunkával gyarapodott. Francia munkáknál ritka objectivitással tárgyalja különösen a német sebészek dolgozatait, felölve az angol, olasz és amerikai munkákat is, egész 1898-ig. Rövid bevezető rész után, melyben a gyomor vizsgálati eljárásairól szól, külön fejezetekben tárgyalja az egyes műtéteteket, minden egyesnél kiterjeszkedvén a műtét historikus részére is, ezzel közölve a műtét irodalmát; majd a műtét eljárásokat ismerteti, kiterjeszkedvén a műtéthez való előkészültre és utókezelésre is, végül az eredményekről s a műtét indicatioiról számol be.

A gastrostomiánál az általánosan ismert eljárásokon kívül, milyenek a Verneuil, Howse, Hacker, Hahn, Witzel, Kocher-Sabanejeff stb. eljárásai, közül néhány újat, melyek egyszerűségükkel fogva figyelmet érdemelnek. Az összes eljárásoknak az lévén czélja, hogy kis, jól zárható nyílást létesítsenek a gyomron, melyen át a gyomortartalom ki nem ömölhet, Terrier ezt úgy oldotta meg, hogy miután tipikus gastrostomiát végzett, a gyomor nyálkahártyáját két kis esomós varrattal a bőrhöz rögzíti. A nyílást minél kisebbre vévén, csak az első két nap vezet be sondát, míg később csak a táplálék befecskendése közben teszi azt; a nyílást a kihúzott nyálkahártyarészecskék jól zárják s az csak akkor nagyobbodik, ha állandóan hagyunk benne drainsövet; ez tehát elvetendő.

Pénieres eljárása a serosa retractionján alapul. Ha a gyomor savós hártáját a falhoz öltjük s most a gyomrot megnyitjuk, a gyomorral a serosa visszamaradása folytán a gyomor üre felé tölesérszerűen visszahúzódik, keskeny csatornát képezvén.

Fontan a gyomor előhúzása által falából kúpot készít, melynek alapját a fali serosához varrva, e kúpot keztyűujj módjára betűri a gyomor felé, csucsán tenotommal finom lyukat készítve, melybe drainsövet dug.

Végül Hartmann ajánl egy theoretice kitünőnek ígérkező eljárást: Bemetszés a linea alában. Az előhúzott gyomor serosáját a hassebbe fixáljuk Lambert-varrattal, majd a bal musculus rectus rostjait szétválasztva, közte s a hátsó fascia között kihúzzuk a gyomrot s esését a bőrhöz rögzítjük, itt is kiszegvén a nyálkahártyát néhány öltéssel a bőrhöz.

A gastroenterostomiákat 3 csoportra osztja:

1. G. e. st. anterior, mely lehet praec- és retrocolica;
2. g. e. st. post., mely lehet transepiploica és transmesocolica;
3. gastroduodenostomia.

Főleg két pontra kell tekinteni: 1. hogy minél közelebb a duodenumhoz fekvő vékonybélkacsot varrjunk a gyomrhoz s 2. hogy a hozzávezető kacsba ne folyhasson vissza a gyomor bennéke.

A varratokra vonatkozólag ajánlja a szűcsvarratot, melynek minden 3—4. öltésén a következő öltéssel átöltünk, az így képzett fonálkereszttel megakasztván a fonalakat. Böven tárgyalja a Senn-féle csontlemezvarratot, a Murphy-gombot s azok számos módosítását, azon eredményre jutván, hogy biztonság tekintetében egyenértékű a Murphy-gomb a varrattal. Beszél azután a két időben végzett gastrostomiákról, melyek elve, hogy mechanice tönkretéven az egyesítendő bél-, illetve gyomorfallal, egyesítik a kettő ép széleit, a közti gyomor- és bélfallal a necrosisra bízva, úgy létesítvén az egyesülést.

A visszafolyás elkerülésére való eljárások közül első helyen áll Kocheré, ki billentyűt készít. Sonnenburg a gyomor falát invaginálja, úgy hogy a gyomorseb szélébe akasztott fonalakkal egy a bél- alsóbb részén készített nyíláson át húzza be a gyomrot töleséralakjában a vékonybélbe.

Egyszerűbb s kitünő a Faure-féle eljárás, ki a gyomor nagyobb deltaalakú területét varrja össze a bél kisebb ovalis nyílásával; az elvezető bélrész felé készíti a gyomron nyílást. A nagyobb gyomordarab betüremkedik a vékonybélbe, így képezvén billentyűt a hozzávezető kacs felé.

Érdekes a Roux-féle Y-alakú gastroenterostomia retrocolica posterior. Felkeresvén a flexura duodeno-jejunalist, a jejunum kezdetét harántul átvágja. A peripheriás csontot a mesocolon nyílásán át a gyomor

hátsó felületéhez varrja, a centralis csontot pedig a peripheriásba inplantálja. A két vékonybélrész tehát Y alakot mutat.

Böven szól ezután a gyomor állapotáról, chemismusról műtét után, a műtét eredményeiről s javatairól.

A gastrectomia technikájáról nem közöl újabb dolgot. Teljesen közli a két első teljes gyomorkiirtás történetét, melyeknél az oesophagust a pylorushoz, illetve egy vékony bélkacsba varrták, utóbbi esetben a pylorust elzárva. Az első Krönlein assistense Schlatter végezte 1897-ben, a másikat Brooks Brigham 1898-ban San Franciscóban. Mindkét beteg meggyógyult.

Az ezután következő kisebb fejezetek, melyek a pylorus kizárása, dilatatioja, pylorus-plastica, cardioplastica, gastrorrhaphia, gastropexia és a gyomorkörüli összenövés, végül az ulcus utáni perforatiók sebészeti kezeléséről szólnak, igen sok érdekes adatot nyújtanak — teljes referálásuk azonban túlhaladna ez ismertetés keretét.

Dr. Jessner: Dermatologische Vorträge für Praktiker. Würzburg, Stuber, 1899.

I. füzet: *Des Haarschwunds Ursachen und Behandlung.* (51 l. 70 fillér.)

Elénk a törekvés a külföldi, különösen a német irodalomban, hogy a szorosan vett szakmunkák nagy foliansain kívül könnyű stílusban írt, rövid, félíg popularis értekezésekben is hozzáférhetővé tegyék a specialis ismeretek megírható részét az általános praxissal foglalkozóknak. *Lassar-nak, Joseph-nek, Eichhoff-nak* stb. munkái után *Jessner*, jó nevű königsbergi orvos, *Unna* tanítványa bocsát egy essay-sorozatot közre, melyben a gyakorló orvos igényeihez mérten, röviden, a teljességre igényt nem tartva, vitás theoriákat kerülve, keveset, de kipróbált szereket és eljárásokat ajánlva tárgyalja a dermatologia egyes fejezeit.

Az első füzet a hajhullásról szól. Ritkább vagy lényegtelenebb betegségeket (trichorrhexis nodosa, trichoptilosis, monilithrix stb.) figyelmen kívül hagyva, főleg azokkal a betegségekkel foglalkozik, melyek a praxisban a teendőik zömét adják: így különösen bőven ír a seborrhoeáról, az alopecia areatáról, a gombás hajbetegségekről, míg pl. a symptomatikus hajvesztéseket általános betegségek kapcsán, vagy azokat, melyek más, véletlenül éppen a hajzatra lokalizálódó bántalmak eredményei, csak futólag érinti.

Es ha sok tekintetben nem is értünk vele egyet a felosztást, a folyamatok felfogását, a kezelést illetőleg, elismeréssel kell kiemelnünk világos, gördülékeny hangját, tömördeek hasznos részleteit, s el kell fogadnunk intelmét, hogy a kezelésnél nem a szertől, de a methodikától függ első sorban a siker.

Ugy ez, mint a következő füzet megérdemli, hogy minél szélesebb orvosi körben elolvassassék.

A II. füzet „*Die Acne und ihre Behandlung*“ (37 lap, 60 fillér) címet visel. Szerző ebben a füzetben a lassanként tisztult aetiologiai ismeretek ellenére nagy concessiókat tesz a gyakorló orvosok szokásainak, s munkája sorába vesz számos oly betegséget is, melyeket a dermatologusok többsége, mely az acne szóval kizárólag a fagygyú-mirigyek betegségeit jelzi, onnan kirekesztene („acne“ varioliformis, picea, jodica stb.), s e tekintetben egyedül a német orvosok szokásaihoz alkalmazkodik, mert pl. a francziák különböző acneit (a. cornée, kélodienne, miliaire, acnitis stb.) egyszerűen kihagyja. Szerző ezt tudatosan teszi, s az, a mit ezek után nyújt, egy a praxis nehézségeivel megbirkózott, ügyes kezű specialista gazdag ismereteire vall. A tömördeek különböző eljárásra és receptre természetesen nem terjeszkedhetünk ki, hiszen azok többnyire ismert adatok közül vannak kiválogatva, melyek tömkelegében a szerző személyes izlése és tapasztalata csak a vezérfonalat képezi, ez azonban jól fel van tüntetve és nem specialisták előnyével fogják követhetni.

Nékám dr.

Liebig: Der Luftdruck in den pneumatischen Kammern und auf Höhen. Braunschweig, Vieweg und Sohn, 1899.

A különböző nyomás alatt álló levegőben való tartózkodás jelentőségét tárgyalja *Liebig* újabban megjelent munkájában és különösen a pneumatikus kamarák alkalmazásánál nyert tapasztalati adatokat tudományosan alapon magyarázza.

Magasabb légnyomáson a sűrített levegő ellenállása a kilégzést késlelteti, ellenben a belégzés, mely egy hosszabb kilégzési szünet után következik be, könnyebb lesz és a tüdő kapacitása nő. Mennél magasabb a nyomás, annál inkább csökken a légzési kitérések nagysága és gyakorisága.

A vérkeringési viszonyok oly módon változnak meg, hogy a vér áramlásának gyorsasága csökken és a vér elosztódása a testben megváltozott, a mennyiben ugyanis a nagy vérkörben a vér mennyisége kisebb lesz. A vérnyomás fokozott.

Ezen mechanikus hatáson kívül még egy positiv chemiai hatása is van a nagy nyomású levegőnek. A belégtett levegő O-tartalma ugyanis sűrített levegőben nagyobb. A kilégtett szénas mennyisége függ a kilégtett levegő tömegétől és a légzések számától; a belégtett oxigén mennyiségére befolyással van a belégtett levegő tömege és ezenkívül a légzési kitérések nagysága és mélysége. Oly esetekben, hol a vérnek oxigénnel való ellátása nem elégséges, ott igen ajánlatos gyógyítás céljából sűrített tiszta levegőbe helyezni a beteget, hol az oxigén feszülése nagyobb. Sőt az izomerő is nő *Liebig* szerint a nagyobb légnyomáson és ezen körülményt is a nagyobb mennyiségű oxigén hatásának tulajdonítja. Ritkított levegőben a légzési viszonyok meg egyezők voltak azon eredményekkel, melyeket a physiologusok már ennekelőtte is elfogadtak.

A hegyi betegségnél fellépő tüneteket összegezve azon jelenségekkel, melyek a ritkított levegőben végbemenő légzésnél beállnak. Ilyenkor azonban még egyéb tényezők is hatnak egyidejűleg, melyek az idegek erejét lefojtzák, mint fáradás, éhség, tikkasztó meleg, hideg stb. Az egészséges, erős emberek mindezen befolyásokat könnyen leküzdik és ártalom nélkül viselik el.

Végül külön fejezetben a magasban fekvő helyek gyógyító hatását tárgyalja és ez irányban számos és igen figyelemre méltó utasítást ad.

Iz.

Lapszemle.

Belgyógyászat.

Phosphometer, eszköz a vér phosphortartalmának meghatározására. A vér sejtjes alakelemeinek fő alkotó részét nem a fehérjefélek képezik, hanem a phosphortartalmú proteidek, vagy mint *Kossel* nevezi, a nucleo-albuminok. A vérlemezkék is tartalmaznak nucleint. A nem fehérjeszerű anyagok közül először is a lecithin említendő, mely sok phosphort tartalmaz, azután a phosphorsavas alkali. Így tehát a phosphorsav a normalis vér sejtjeleimnek fontos alkotórésze. *A. Jolles* azt hiszi, hogy a vörsejtek phosphortartalmának ismerete sokféle pathologikus esetben értékes felvilágosításokat adhat és azért egyszerű klinikai methodust dolgozott ki, melylyel minimális vérmennyiségekkel a vér phosphortartalmát hamar és elég pontosan meg lehet határozni. Az eljárás azon sárga színeződésen alapszik, mely kis mennyiségű phosphorsavas sónak és kaliummolybdatnak egymásra hatásakor előáll. A meghatározás colorimetrikus módon történik. Szerző alkalmas eszközt dolgozott ki, melyet *Reichert C.* intézete állít elő. Az eszközzel való bányamódrá, az eredményekre stb. nézve az eredeti közleményre utalunk. (*Wiener med. Wochenschrift* 1899, 46. és 47. szám.)

Lengyel Loránd dr.

További vizsgálatok az alkohol hatásáról című közleményében *Binz* Wendelstadt vizsgálatai alapján az alkoholnak a légzésre való direct hatását tárgyalja, különös tekintettel a mérsékelt adagolásra; úgy találja, hogy az alkohol közep adagjai egészséges egyéneknél, kik nincsenek elfáradva, a légzés erősbödését idézik elő, bár sokszor csak kis fokban; míg elfáradt egyéneknél sokkal fokozottabb mértékben tapasztalhatta ezen tulajdonságát az alkoholnak, különösen akkor nyilvánul ez leginkább, midőn az alkohol illatos bor alakjában nyújtatik az egyéneknek. A légzés erősbödése a kiterések nagyobbodásában nyilvánul, még akkor is, midőn a psychikus központ nyugalomban van. Lázás, elgyengült egyéneknél hasonló szerep jut az alkoholnak, mint az elfáradt ép egyénnek s ilyenkor mint kitűnő izgatót klinikai tapasztalatai alapján melegen ajánlhatja. Az alkoholnak az anyageserére való hatását illetőleg megjegyzi, miszerint zsirt közvetlen megtakarít a szervezetnek, úgyszintén kellő adagban és formában fehérjekimélő is, ha nem is közvetlen, de közvetett úton. (*Therapie der Gegenwart*, 1899, 11. füzet.)

Surányi Miklós dr.

Miért gyógyítja a laparotomia a peritonitis tuberculosát? *Arcangeli* vizsgálataiból azt véli következtethetni: 1. hogy az eddig felállított magyarázatok közül egyik sem képes megfejteti, miért bír az egyszerű laparotomia gyógyító hatással a peritonealis tuberculosissra; 2. hogy a laparotomiának a tuberculumokra való hatása szövettani vizsgálatok alapján olyannak tűnik fel, mint egy a tuberculosos-bacillusok ellen immunizáló anyag hatása; 3. hogy a tuberculosos izzadmányok, különösen ha régiek, gyógyító hatással bírnak; ez a dolgotat tulajdonképeni punctum saliens; *Gilbert* a nemzetközi orvosi congressuson Rómában már referált arról, hogy gümös mellhártyagyulladások a mellhártyaizzadmány egy részének bőr alá feekendése mellett meggyógyulhatnak; ugyanezt próbálta *Arcangeli* a peritonealis izzadmányról és négy eset közül kétszer klinikai értelemben vett gyógyulást, egyszer javulást ért el; 4. hogy az immunizáló és gyógyító tulajdonságok a holt bacillusok testeiből mennek át a serumba, melyek a peritoneum saját tömegeiben be vannak zárva; 5. hogy a laparotomia annyiban hat kedvezően, a mennyiben a peritonealis folyadék és a régi tuberculumokban tartalmazott anyagok felszívódását elősegíti és ilyen módon a beteg immunizálásához vezet. (*Il Policlinico*, VI. M. 385. I.) —*et.*

Hashártyalobhoz hasonló kórkép az Addison-kór végső szakában. Egy eset kapcsán *Zandy* felemlíti azon álláspont jogosultságát, hogy mindazon esetekben, melyekben peritonitiszerű tünetek vannak jelen, a nélkül, hogy valami kimutatható okra gyanakodhatnánk, Addison-kór lehet jelen, még akkor is, ha ezen betegség más tünetei nem volnának találhatók. Betegénél szintén peritonitishez hasonló kórkép volt jelen, az okot azonban nem volt képes kideríteni. A boncolás a mellékvesékre szorító gümös megbetegedést mutatott ki. (*Deutsche Zeitschrift f. klin. Medicin*, 38. kötet.)

Kövesi Géza dr.

Femoral-reflex néven *E. Remak* már régebben ismertette azon reflexet, melyet a csomb elülső felső felszínének egy kis meghatározott helyén lehet kiváltani és a három első ujj plantarflexiójában, később az egész láb hasonló mozgásában, majd a térdizület lassú kifeszülésében áll, a mely utóbbit az extensor quadriceps összehúzódása hozza létre. Jelen közlésében egy 2 éves gyermek kórtörténetét ismerteti, a kinek a 3—4. hátsigolya magasságában gibbusa volt, mely paraplegiára vezetett. Ez esetben a *Babinski*-féle lábujjtünet ki volt mutatható, ezenkívül a femoral-reflex kiváltása plantarflexiót eredményezett, a térd kifeszülése azonban csak ritkán jött létre. Ezen és a többi esetek révén azon benyomást nyeri, hogy mélyebb, körülbelül a 8. hátsigolya magasságában történt sérülésekkor a femoral-reflex úgy a lábujjhajlítót, mint az

extensor quadriceps izmot illeti, míg a magasabb, körülbelül a 3—4. hátsigolya magasságának megfelelő sértés csak lábujjflexiót hoz létre. Talán a sérülés intenzitásának is van befolyása. (*Neurol. Centralblatt*, 1900. 1. szám.)

—*ts.*

Átmeneti amnesiás aphasia esetét közli *H. Gudden*, mely egy 51 éves potator férfira vonatkozik, a ki több év óta szenvedett fejfájásban, szédülésben, kiskokú nehézhallásban, látásélességben, feledékenységben. Nagy bántódás után való nap desorientálnak látszik, környezetét nem ismeri fel. Pupilladifferentia, renyhe fényreactio, kézreszkedés található. A legszembetűnőbb tünet azonban a rendkívül heves fejfájás és egy sajátos beszédzavar, melyben a beszédértés zavartalan és a melynek érdekessége abban áll, hogy a szó kiejtésének megtalálásához szükséges volt az első betű előmondása és hogy ezen körülmény az íráskor és olvasáskor is előtérbe lépett, a mennyiben ilyenkor is le kellett előtte írni az első betűt és a betegnek ezen betű keletkezését néznie kellett, míg ellenben a készen írott betűt nem ismerte fel. (*Neurol. Centralbl.* 1900. 1. és 2. f.)

—*ts.*

A syphilitis aortitis és az aortaaneurysmák között létező oki összefüggést bizonyítja *Heller* részint az irodalomban közölt nagyszámú statistika, részint saját makroszkopos és görseövi vizsgálatai alapján. Mindazonáltal elismeri, hogy egyéb okból is létrejöhet aneurysma, így pl. nem tagadható a media rugalmas elemeinek átszakadásából (*Manchot*), vagy embolia útján (*Ponfick*), avagy különböző fertőző bajok (typhus, influenza stb.) által létrejövő aneurysmák létezése sem. Csak azt tartja valószínűtlenné, hogy valódi aneurysmák elsődleges endoarteritis chron. által jönnének létre; ellenben ál-aneurysmákat (aneurysmata spuria) endoarteritises alapon, t. i. az intimának körülírt helyen való tönkremenése után maga is észlelt. Az egyes szerzők egybehangzó adatai alapján a syphilitis alapon fejlődő aneurysmák gyakoriságára nézve felülmúlják az egyéb okból létrejöttöket; 53 és 85% közt ingadozik a különböző felhozott statistika szerint az említett alapon fejlődő aneurysmák száma. Gyakorlati hasznát e fejtegetéseinek abban látja, hogy ha sikerül az aneurysmákat lehetőleg korán körjelezni, úgy az antilueses gyógykezelés, mely számos közlés szerint eddig is kedvező eredménnyel járt, még szebb sikerrel kecsegtet. Nemcsak a folyamat megállapodása várható, hanem a heges zsugorodás és a megbetegedett helyek falzatának megvastagodása is előmozdítatik, a mi által a vényomással szemben való ellenállóképesség fokozódik. (*Münch. med. Wochenschrift*, 1899. 50. sz. 1669. l.)

Hönig Izso dr.

Adatok a status thymicus tanához. *Laub* az idevonatkozó irodalom megbeszélése után 4 fiatal egyén (17—23 év között) kórtörténetét és bonczjegyzőkönyvét közli, kiknél teljes egészség közepette lépett fel a rosszullét és legfeljebb 18 óra alatt a halál. Mindannyi közel ugyanazt a klinikai képet nyújtotta: még coma uralta a kórképet egyéb agyi tünetekkel, mint epileptiform-görseök, hányás stb. Mindegyik esetben a vizeletben fehérje volt kimutatható és lépmeagnagyobodás is fennállt mind a 4 esetben. Az autopsiánál mind a 4 esetben az agy oedemája volt konstatálható, továbbá a thymus persistenciája az egész lymphaticus apparatus hyperplasiája mellett, végre az edényrendszernek, különösen az aortának hypoplasiája. A legközelebbi halál-ok az agy oedema volt. A szerző ezen constitutionalis anomáliákban a dispositiot látja rögtöni halált okozó agy oedema kifejlődésére, melyet bármely inger kiválthat. (*Wiener klin. Wochenschrift* 1899. 44. sz.)

Lengyel Loránd dr.

Sebészet.

A Paget-féle betegségről közöl tanulmányt *Ehrhardt*. A *Paget-féle betegség* az emlő bőrére szorító, az eczemához összetévesztésig hasonló idült bántalom, a mely tulajdonképen, mint következményei és a szövettani vizsgálat bizonyítja, *elsődleges bőrcarcinoma*. *Ehrhardt* egy esetében 60 éves nőnél az emlőbimbó körül apró, élénk piros csomók képződtek, a melyeket pörkök fedtek, és mérsékelt váladékot termeltek. A bántalom lassankint az egész areolára kiterjedt, s ekkor mint idült eczemát kezelték. Három évvel később az emlőben egy tömött daganat fejlődött, melyet az idült eczema folytán képződött lobos nyirokcsomónak tartottak. *Eiselsberg* a betegség kezdete után öt évvel *Paget-féle* bajt állapított meg. Emlőamputatio és a hónaljárok kitisztítása után a beteg gyógyult, később azonban rákos mellhártyagyulladásban meghalt. A mikroszkopi vizsgálat azt mutatta, hogy a bőrbén sok, gyakran fészkesen csoportosult, nagy, világos, protoplasmában bővelkedő hámsejt van, a cutisban dús granulatio réteg fejlődött. A betegség leg-régibb helyén carcinoma fejlődött, a melyben ugyanezen típusú sejtek vannak, bizonyosságul annak, hogy ez a két folyamat egymással okilag összefügg. Ezen világos, protoplasmadús sejteket sokan coccidiumoknak tartják. *Erhardt* azonban ezen sejteket soha sem látta intracellularisan feküdni, a coccidiumokra jellemző sporafejlődést sem látott, hanem ellenkezőleg gazdag sejtszálást észlelt, továbbá a sejtek is mind egyenlő nagyok voltak, nem úgy mint a coccidiumoknál, a hol a fiatalabb alakok kisebbek szoktak lenni; a sejtek tokját illetőleg pedig szintén negative nyilatkozik, és a sejteket kezdeti ráksejteknek véli. A granulatio udvart mint a szervezet védekezését fogja fel. Klinikai szempontból fontos volna a baj korai felismerése. Rendesen idősebb egyéneknél lép fel, idült lefolyású, de tünetileg az eczemához annyira hasonlít, hogy a helyes kórismét csak a szövettani vizsgálat adhatja meg. (*Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie* 54. kötet.)

P—y.

A vesetuberculosis sebészeti kezeléséről közöl cikket *König* tanár. A vesetuberculosisnak két alakját különbözteti meg; egyik alaknál solitaer góczok vannak a vesében, melyek a vesemedencével nem közlekednek, másik alak a pyelitis tuberculosis. Az előbbi haematogen,

az utóbbit urogen, illetőleg ascendens infectionnak nevezhetjük. Fontos a kétféle kóralak megkülönböztetése, mert az előbbi diagnostizálni előben néha lehetetlen, legfeljebb akkor, ha a solitaer gócz áttörvén a medenczébe, ott egy secundaer folyamatot indít meg. A tuberculosis pyelitis kórképe ellenben bacillaris lelet nélkül is elég jellemző. Gyakori fájdalommal vizelési ingerek, azután váltakozó erősségű vesefájdalmak. Vizelet zavaros, az üledékben sokféle hámsejt és genyesejt; szabad szemmel láthatók pedig a tuberculosisra jellemző rostosnyalók és rögöcskék a vizeletben és vérérvadékok néha rendkívül nagy, máskor csekély mennyiségben. Néha a megnagyobbodott vese tapintható is. A bacillaris lelet vesetuberculosisnál nem sok értékkel bír, mert egyrészt nagyon nehezen található meg a bacillus, másrészt pedig tévedésekre is adhat alkalmat, mint a hogy *König*-nek is két esetben történt, hol smegma-bacilluskokat néztek tuberculosis-bacillusoknak. A gyógykezelést illetőleg felemlíti a *Wolff* veseresectioiról írott dolgozatát, de szerinte tuberculosisnál nincs jövője ezen conservatív eljárásnak, a vese részleges eltávolításának, mert rendszeren előrehaladt folyamatokkal találkozunk. A *Guyon* által is végzett másik conservatív kezelés a nephrotomia, melyet ő is megpróbált, de a vége vagy a beteg pusztulása, vagy a vese másodlagos eltávolítása volt. Marad tehát a nem conservatív műtét, a nephrectomia. Itt azonban mindenképp azt kell tudni, hogy vajjon a másik vese ép-e vagy sem. Szerző szerint ennek eldöntése nagyon nehéz, sőt némelykor a cystoskop vagy ureterocatheterizálás segítségével sem lehetséges. Az újabb vizsgálati módszereket, úgymint a húgyvíz meghatározását, a methylenkékkel való vizsgálatot, vagy a vér fagyponthőmérsékletének meghatározását saját tapasztalatból nem ismeri, de azért nem hiszi, hogy ez úton biztos ismeretekhez juthassunk. Bizonyos esetekben tehát szerinte a vese tuberculosisát biztosan diagnostizálni nem lehet s az esetek egy bizonyos számában azt sem lehet megállapítani, vajjon a másik vese ép-e vagy sem. Ezen kimondását példákkal illusztrálja saját gyakorlatából. 20 eset közül két esetben nem volt tuberculosis, holott annak lett diagnostizálva. Esetei közül három anuriában pusztult el; egyiknél sajtos sorvadott vese volt, a másik két esetben az ephitheliumnak kiterjedt elhalása, melyet *König* annak tulajdonít, hogy eltekintve a chloroform-narkosistól, erős antisepticumokat, különösen sublimátot használt s kétségtelen, hogy a különböző mérgek által előidézett intoxicatio volt oka az anuriának. Arra a kérdésre, lehet-e operálni akkor, ha a másik vese is beteg, igennel felel, mert *Tuffier* kísérletei óta tudjuk, hogy kutyák akkor is életben maradnak, ha az összes veseszövetnek csak egy harmada marad meg, s neki is vannak esetei, hol a másik vese is beteg volt, de azért az illetők műtét után jól érezték magukat. A mi a többi szervek megbetegedését illeti, szerző többször operált ott, hol a herék, hólyag vagy prostata betegek voltak, sőt kevésbé kiterjedt tüdőfolyamatok sem tartották vissza a műtétől. Közi azután eseteinek rövid történetét, s a következőket vonja le tanulsággul: 1. Cél szerű a vesetuberculosisnak két alakját megkülönböztetni: a solitaer tuberculosis, mely a vesemedenczével nem közlekedik, és a pyelitis alakot. 2. Míg a solitaer alakot csak kivételesen lehet kórismézni, addig a pyelitis alakot tuberculosis bacillusok kimutatása nélkül is felismerhetjük; az eseteknek egy bizonyos számában azonban a kórisme kétes marad. 3. Nem mindig lehet a másik vese egészséges voltát kórismézni. 4. A veseresectio alig jöhet számba mint gyógyeljárás vesetuberculosisnál. 5. A vese kiirtása az egyetlen biztos műtét a vesetuberculosis gyógyítására, melyet néha pontos diagnózis s a másik vese egészséges voltának biztos megismerése nélkül is kell végezni. 6. Az eseteknek bizonyos számában akkor is szabad operálni, ha a másik vese beteg, vagy a hólyag, a herék, vagy a prostata megbetegedése van jelen. Ilyenkor a műtét által az életet meghosszabbíthatjuk s elviselhetőbbé tehetjük. (Deutsche medic. Wochenschrift, 1900. 7. sz.)

Illyés dr.

A gyermekek idült hydrocephalusának gyógyításáról ír *Pilez*. A hydrocephalus sebészeti kezelése az oldalgymocrok punctiojában, illetve drainezésében, avagy lumbal punctiojában, illetve drainezésében áll. *Lemaitre*, ki az oldalgymocrokhoz a negyedik agygyomrocok felé áthárítással elzárását találta hydrocephalusban szenvedők boncolásakor, az oldalgymocrokhoz a fossa Sylvii felől való megpungálását és a subduralis ír felé drainezését ajánlja. *Schramm*, *Sutherland* és *Watson* *Chayne*, kik ily endocranialis drainezést alkalmaztak, a bántalom javulását észlelték; *Sill* ily módon műtött 3 betege közül 2 meghalt s az egyik esetben észlelt javulás csak muló volt. *Cassel*, *Beach*, *Pover d'Arcy*, *Noelke*, kik az oldalgymocrok egyszerű punctioját végezték, csak némely esetben észlelték muló javulást. A lumbal punctiot is számos esetben kipróbálták. Míg a legtöbb szerző csak muló javulásokat észlelt ezen beavatkozásra s *Raczinsky* szerint ilyenek csak másodlagos meningitis folyamatok nyomán fellépő hydrocephalusnál észlelhetők, addig mások, köztük *Leyden*, nagy reményeket fűznek a lumbal punctiohoz; *Pfaundler* szerint különösen a rhachitises hydrocephalust kísérő tüneti tetaniára van ez eljárás kedvező befolyással. Abban megegyeznek az összes szerzők, hogy a lumbal punctio hydrocephalusnál teljesen veszélytelen és többször ismételt eljárás és kedvező eredményt csakis többször alkalmazott lumbal punctio után láttak; de *Sanctis*, *Park* *Roswell* állandó lumbal-drainezést gyakoroltak jó eredménnyel. A hydrocephalus belső gyógykezelésében, mivel e bántalom gyakran függ össze congenitalis luessel (*Elsner*, *Katzenstein*), nagy szerepet játszik a jódkalium, melytől *Andeond*, *Heller*, *Bendix* tényleg jó eredményeket láttak. Ezek alapján szerző hydrocephalus esetén első sorban erőlyes jódkali-kúrát ajánl, ennek eredménytelensége esetén többször megismételt lumbal punctiot kell megkísérteni, minden alkalommal csak 25–30 cm³ folyadék kibocsátásával; az oldalgymocrok punctioja,

esetleg drainezése csak a végső esetre tartandó fenn. Hydrocephalus chronicus externusnál, melynek létezését *Bokay* bizonyítja, lumbal punctio helyett a koponyafúr punctioja alkalmazandó. (Centralblatt für die Grenzgebiete der Medicin und Chirurgie, 1899. 17., 18. és 19. sz.)

Pólya Jenő dr.

Szülészet és nőgyógyászat.

Adatok a pseudomucintömlők megrepedése után fellépő pseudomyxoma peritonei kórbonecztanához czímen közöl tanulmányt *Westphalen*. Szerző két operált s szövettanilag gondosan megvizsgált eset kapcsán törekszik a hashártya pseudomyxomájának végbemenő elváltozásokat magyarázni. A betegséget mindkét esetben idős nőknél (65, 67 éveseknél) észlelte petefészektümlők mellett, az egyiknél előrement szűrcsapolás, a másiknál pedig a daganat önkéntes megrepedése következett. Az eset nyilvánvalólag azt bizonyítja, hogy nem okvetlenül szükséges, a mint azt *Olshausen* és *Pfannenstiel* felveszik, hogy a betegség lényeges mozzanata egy „implantatio metastasis”. Szerző igen nevezetes elváltozásokat talált a hashártyán, melyek részint az által voltak feltételezve, hogy a pseudomucin a nyirkutak által vététt fel, részint pedig egy szervülő hashártyalob által voltak előidézve. Vajjon e mellett implantatio metastasisok is kifejlődhetnek-e, az mindenféle véletlen körülményektől függ; legkedvezőbb alkalom nyílik ezekre azon esetben, ha a megrepedt tömlő felszabadult hámja lehetőleg rövid idővel a repedés után a hashártyának egy kedvező helyén megtelepedhetik. Ellenben, ha a nyirkutak a pseudomyxomás anyag által már eldugultak vagy a hashártya felülete másodlagos (szervülő) folyamatok következtében megvastagodott, akkor ezen hámcsírok már nem találnak kedvező talajra a savós hártán. Tömlők megrepedése után észlelhető gyors növekedése a hasnak igen könnyen magyarázható az elvezető nyirkutak kiterjedt és állandósuló eltömésével és a peritonealis congestiokkal. (Archiv für Gyn. 59. k.)

Neumann Szigfried dr.

Aprócystás rosszindulatú petefészekdaganat egy új fajtája.

Gottschalk egy 48 éves nőnél hasmetszés útján egy petefészekdaganatot távolított el, mely különösen szöveti szerkezetének sajátossága miatt érdemel figyelmet. A daganat klinikus szempontból a rosszindulatú újképződések minden tulajdonságával bírt: gyors növekedés, nagyfokú cachexia, legyengülés, óriási ascites, a hasfalbőr vénáinak tágulása, az alsó végtagok vizenyője stb. Az eltávolított daganat a rendes petefészek alakját utánozza, kis gyermekfejnyi, saját kötőszöveti tokkal bírt, mely az albugineának felel meg s több helyen a kifelé törő daganatgyurma által sorvasztott, usurált. A daganat felületén néhány egészen diónyi mekkoraságú, kiemelkedő cysta áttetsző bennékel. A daganat consistentiája egészben véve solid, leginkább egy puha myoma tapintatának felel meg, színe a harántsíkkal izoméhoz hasonlít, a metszleten igen vér- és nedvdús. Két egymástól jól megkülönböztethető rétegből áll: egy keskeny, lépesmészhez hasonló szerkezetű kéregállományból s egy sokkal tömegesebb központi állományból, mely kevés, lencsényi egészen mogorónyi üresét tartalmaz. A kéregállomány számtalan rekesze colloid-szerű, áttetsző, tajtékszerű, mézsűrűségű anyagot tartalmaz. Görcsövel a daganat alapállománya egy igen rosszul festődő, majdnem üvegszerűen áttűnő, sejt- és magszegény kötőszövet, melybe többé-kevésbé sűrűn, de rendszerint mint solitaris képződmények igen magdús, majd solid, majd részben cystikus, protoplasmikus képletek vannak beágyazva, melyek a daganat parenchymáját képezik; stroma és parenchyma szorosán összeolvad. Az említett solitaris, a parenchyma főtípusát képviselő képletek golyóalakúak vagy ovalisak, saját határhártyával nem bírnak, különböző nagyságúak s ha maximalis nagyságukat elérték, akkor középpontjukban a magvak és protoplasma rovására elfolyósodás jön létre, mely mindinkább kifelé halad, míg végre csak a legkülső réteg marad fenn egy keskeny protoplasmaköpeny alakjában, melybe számos mag van beágyazva, de sejthártyákat megkülönböztetni nem enged. Ezen alaptípus további burjánzás, lefűződés, az edényekbe való betörés s egyéb proliferatio folyamatok útján a legkülönbözőbb alakulások vehetők fel, azonban a szöveti képek pontos analysise által mindig bebizonyítható, hogy ezen alakilag igen különbözőeknek látszó alakulások mind a közös alaptípusból származnak. A mi a daganat kiindulását illeti, úgy szerző kétségtelennek tartja, hogy a daganatképződés a petefészek *primordialis folliculusaiból* indul ki, mert a daganatelemek alaptípusa és az elsődleges tüszők megegyeznek egymással külső alakjukban, a környező stromához való viszonyukban s a mi a legfontosabb, megegyeznek egymással életnyilvánulásaikban, mert mindkettőben sejt-, illetőleg magoszlás történik a képletek belsejében, mely, ha egy bizonyos fokot elért, elfolyósodáshoz, cystaképződéshez vezet. Az eltérések, nevezetesen a petesejt, a saját kötőszöveti hátya s a sejthártyák hiánya a daganatban a heteroplasia rovására irándók. Hogy pedig a daganatképződés nemcsak a petefészek kéregállományát, hanem egyszersmind a velőállományt is elfoglalja, mely utóbbitan felnőttnél rendszerint körülmények között tudvalevőleg elsődleges tüszők nincsenek, azt szerző vagy azzal tartja magyarázhatónak, hogy a plasmodialis testek a kéregállományból betörték a velőállományba is, vagy pedig azzal, hogy az embryonalis időből rendellenes módon elsődleges tüszők maradtak fenn a velőállományban, a melyekből az újképlet ezen része kiindult. A mi ezen, úgy klinikailag, mint szövettanilag rosszindulatú daganatnak elnevezését illeti, szerző legcélszerűbbnek tartaná a „folliculoma ovarii malignum” elnevezést. (Archiv für Gynäkologie, 59. k., 3. f.)

Neumann Szigfried dr.

Az uterus mirigyirákjairól értekeznek *Fränkel* és *Wiener*. A nagy szorgalommal kidolgozott érdekes közlemény a méhrákra vonatkozó

szöveti ismereteinket gyarapítja. Vizsgálati anyagul szerzők a müncheni női klinikának az utóbbi években nyert készítményeit használták fel. Kutatásaiknak főbb eredményei a következők: 1. A méhtestnek és a nyaki csatornának malignus adenomáit nem illeti meg külön osztályozás; csak alfajai az adenocarcinomának, melyek tovább megőrizték mirigyes jellegüket, de végül mégis csak adenocarcinomává és solid hengerhám-carcinomává alakulnak át. 2. A corpus uteri mirigyhámjaiban találhatunk olyan sejteket, melyek a laphámokhoz rendkívül hasonlítanak. Ezek képesek önállóan tovább is burjánozni, sőt néha solid kötegekből álló csomókat alkotnak. Ezek a képek magyarázzák meg azokat az eseteket, melyekkel az irodalomban mint a mirigy- és a laphámrák kombinatioival találkozunk. 3. Idősebb corpus-carcinomákban sarcomaszerű részleteket is találhatunk, de ezek a rákfészkek sejtjeinek visszafelződő folyamatainak termékei. 4. A nyaki csatorna mirigyrákjainak egyes eseteiben egész határozottsággal kimutatható, hogy mely mirigyekben volt a betegség kezdete. Egyes esetekben látható a különböző mirigyekben a betegségnek különféle fejlődési stádiuma. 5. A mirigyrákok minden esetében, még azokban is, melyekben legjobban látható a mirigyes jelleg, a hámsejteket már kimutathatók oly elváltozások, melyek szabály szerint csak rosszindulatú elfajulásoknál fejlődnek. 6. Solid carcinomáknál, melyek mirigyrákból erednek, sokszor a solid sejt-fészkek alatt mirigyes részeket találunk. Szerzők a kérdést érintő irodalmat bőven felhasználják, párhuzamba állítják eseteiket és sok tekintetben felvilágosító magyarázatokat adnak; de hely szűke miatt ezen részletek tanulmányozását illetően az eredeti közleményre kell utalnunk. (Hegar's Beiträge z. Geb. u. Gyn. II. kötet, 3. füzet.) *Bücker dr.*

A narcosisnál Koblanek a fenyegető chloroform asphyxia jelének tartja az aethetikus ujjmozgásokat, mely jelenség már akkor mutatkozik, a mikor az érverés és légzés még zavartalan, a pupilla szűk vagy középtág, nem reagál. Ezen tünet megjelenésénél az altatás félbehagyandó. (Centralblatt f. Gynäkologie 1900, 1. sz.) *Erdey dr.*

A varróanyag sterilizálásáról ír Sticher; az aseptikus műtétek-nél használt varróanyag abszolút steril legyen s ilyen maradjon a műtétig, tartós legyen, a seb környékét ne izgassa s ne legyen költséges. A sterilizációt csak Krönig methodusával (cumol) lehet elérni a catgut-tal. Ajánlja a már régebben használt kenderszálat (Küstner, Linhard, Tait stb.), a melyet szintén cumollal sterilizál. Az így készült kender abszolút steril, tartós, nem izgat mint idegen test, olcsón és könnyen előállítható. (Centralbl. f. Gynäk. 1900. 1. sz.) *Erdey dr.*

A hüvely és a méh teljes kiirtását végezte Sippel elsődleges hüvely-carcinománál 64 éves asszonyon. A hüvelyt és a méhet együttesen távolította el, miután a cavum ischio-rectale-t megnyitotta, az anus és a tuber ischii közt vezetett metszéssel. A gyógyulás zavartalan volt. A műtét előnye a kellő áttekinthetőség, a könnyű hozzáférhetőség, és hogy a hüvelybennéssel és daganattal semmi nem érintkezik. Hasonló esetekben az uterusnak kiirtását kell végezni. A hüvelynek részleges vagy teljes kiirtása mindig a daganat kiterjedésétől függ. (Centralbl. f. Gynäk. 1900. 26. sz.) *Erdey dr.*

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Szeszes italokat helyettesítő alkoholmentes italok. A „Frada” név alatt áruba hozott ital nem más, mint gyümölcsnedv, melyhez egy kevés citromsav és natriumcarbonat van adva. Ize kellemes, üdítő, a mustéhoz hasonló. Körülbelül 10% cukrot (főleg szőlőcukrot) tartalmaz s azért mint tápszer is tekintetbe jö. Az édes ízt a savtartalom — a mely némely frada-fajnál, pl. az áfonya-fradanál meglehetősen nagy — eléggé fedi. Ideges betegeknek, némely gyomor-bajnál és vesebetegségek-nél jó eredménnyel használható. Az alkoholmentes sört, mely 7% cukrot (maltose) tartalmaz, édes íze miatt nem szívesen veszik a betegek; pilseni sörrel keverve azonban elgyengült betegeknek mint alkohol-hozzávaló, de tápláló ital jó szolgálatokat tehet. (Berl. klin. Wochenschrift, 1899. 48. sz.)

Helybeli érzéstelenítésre a Schleich-féle infiltrációs eljárásnál következő oldatot ajánl Büdinger: Rp. Eucaini B. 0.1; natrii chlorati 0.8; aqu. destill. ad 100.0; az utóférdalmak ellen egy morphiump-befecskendés. Ez oldat előnye, hogy bomlás nélkül felfőzhető; hátránya, hogy hatása nagyon muló. (Centralbl. f. d. ges. Ther. 1899. okt.)

A chinin keserű ízének leplezésére a következő bevezési módot ajánlják: egy pohár vízben 1 gramm natrium bicarbonicumot felolvasztunk s azután a következő oldatból cseppentünk hozzá: Rp. Chinini sulfurici 4.0; acidi citrici 10.0; syr. cort. aurant. 2.0; aquae destill. 20.0. Ebből 10 csepp körülbelül 10 centigramm chinint tartalmaz. (Rif. med. 1900. jan. 23.)

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1900. március 25.

— A főváros egészsége a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1900-dik év tizedik hetében (1900. március 4-dikétől március 10.) következő volt: I. Népesedési mozgalom. Az 1900-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 669,120, katona 16,220, összesen 685,340. Elveszült 489 gyermek, elhalt 300 egyén, a születések tehát 189-el múltak felül a halálozásokat. — Születések aránya: 1000 lakosra: 37.1. — Halálozások aránya: 1000 lakosra:

22.8, az egy éven felüli lakosságnál: 18.2, az öt éven felüli lakosságnál: 15.2. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 3, angina diphtheritica 5, pertussis 1, morbilli 1, scarlatina 1, variola —, cholera asiaticus 1, typhus abdominalis 2, febris puerperalis 1, influenza 2, egyéb ragályos betegségek 3, meningitis 22, apoplexia 4, eclampsia 3, szervi szív-baj 23, pneumonia, pleuritis et catarrh. bronch. 51, tuberculosis pulmonum et phthisis 50, diarrhoea et enteritis 6, gastro-enteritis 6, rák és egyéb újkeletűek 19, ezek közül méhrák 2, morbus Brightii et nephritis 3, rachitis 4, scrophulosis 1, veleszületett gyengeség és alkat-hiba 18, atrophía et inanitió 1, marasmus senilis 15, erős-zakos halálo-
eset 10, ebből gyilkosság és emberölés —, öngyilkosság 5, baleset 4, kétséges 1 (—). II. Betegedések. A) Betegforgalom a városi köz-kórházakban. A múlt hó végén volt 2913 beteg, szaporodás e héten 867, csökkenés 886, maradt e hét végén 2894 beteg. B) Hevenyragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1900. évi március 5-dikétől március 11-dikéig terjedő 10 héten a tisztifőorvosi hivatal közleménye szerint (a zárjelben levő számok a múlt heti állást tüntetik fel): cholera — (—), himlő (variola) — (—), scarlatina 34 (39), diphtheria, croup 24 (22), hagymáz (typhus) 6 (4), kanyaró (morbilli) 87 (94), trachoma 1 (9), vérhas (dysenteria) — (—), influenza — (—), hölkhurut (pertussis) 40 (23), orbáncz (erysipelas) 14 (15), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 2 (2), ezenfelül varicella 37 (33).

* *

— X-dik nemzetközi közegészségi és demographiai congressus. A X-dik nemzetközi közegészségi és demographiai congressus üléseit folyó évi augusztus hó 10—17-dikéig Párisban tartja. Az orvosgyakorlati és deontológiai congressus július 23—27, a XIII. nemzetközi orvosi congressus augusztus 2—9-dikéig ugyanott lesz; ilyen módon több rokon tárgyú összejövetelen való résztvevés könnyen lehetséges. A közegészségi csoport 8 alosztályra oszlik: 1. mikrobiológia és parasitológia, 2. a táplálkozás hygiénéje, 3. technikai h., 4. egyéni és társadalmi h., 5. ipari és foglalkozási h., 6. katonai, hajózási és gyarmati h., 7. általános és nemzetközi h., 8. közlekedési h. A végrehajtó bizottság a tárgyalandó kérdések egy részét kitűzte: ezek jegyzékét kivanatra megküldik; a tagoknak joguk van más előadásokat is bejelenteni. A tagok a nyomtatványokat a jelentkezés és a befizetés idejétől kezdve megkapják. Azok, akik a congressuson részt venni óhajtanak, szíveskedjenek ezen számdékukat legkésőbbben folyó évi május hó 31-dikéig Grósz Emil dr.-nak, a magyar bizottság titkárnak bejelenteni (Budapest, VIII. kerület, József-utca 15. szám); ugyanezen időpontig kérjük az előadások bejelentését s a szöveg, valamint a conclusiók beküldését. A tagsági díj 25 korona, mely a jelentkezéssel egyidejűleg Jármy Gyula dr. pénztárhoz (Budapest, IV. kerület, Papnövelde-utca 2) küldendő be. A családtagok 10 koronát fizetnek. A rendes tagok megkapják a congressus nagyértékű munkálatait (értéke sokszoroson meghaladja a tagsági díj összegét) s úgy a rendes, mint a résztvevő családtagok a szokásos (helyi és közlekedési) kedvezményekben részesülnek. Felvilágosítást a titkárok készségesen adnak. A magyar bizottság tisztikara a következőképp alakult meg: Müller Kálmán, elnök. Pertik Ottó, ügyvivő alelnök. Földes Béla, alelnök. Jármy Gyula, pénztárnok. Grósz Emil, Thüring Gusztáv, Klasz Pál, titkárok.

— Megjelent. Bókay János tanár: Gyermekkórházi vénnyűjtemény. 3-dik kiadás. Budapest, Dobrowsky és Franke. 1900. — Chyzer Kornél dr.: Az egészségügyre vonatkozó törvények és rendeletek gyűjteménye. I. kötet 1854—1894. Harmadik javított kiadás. II. kötet 1895—1900. Budapest, Dobrowsky és Franke kiadása. 1900. Ára mind a két kötetnek: füzve 22 korona, angol vászon kötésben 25 korona.

□ Hibaigazítás. A 11. számban „A szívárványhártya terapiája stb.” című cikk 2. sorában „roncsolásából” helyett „ránczolásából” olvasandó.

Téli kúra Szt. Lukács-fürdő Budapest

A „Kristály” Szt. Lukács-fürdő savanyúvíz, mint kellemes üdítő ital ajánlatik

Dr. Herczel egyet. m.-tanár újonnan épült „Fasorsanatoriuma” (magánygyógyintézet sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek részére) Budapest, VII., Városligeti fasor 9. sz. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitűnő ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Kivanatra prospektus.

Vízgyógyintézet bejáró és bennlakó betegek számára a Herczel-sanatóriumban (Budapest, VII., Városligeti fasor 9. sz.) Kuthy Dezső dr., a hydrotherapia egyetemi magántanárának vezetése alatt. Igen mérsékelt árak. Rendelés új betegeknek (az év minden szakán) d. e. 8—10; hétköznapokon (kedd kivételével) d. u. is 5—6 között.

Dr. Sarbó Arthur egyetemi magántanár (V., Arany János-u. 10.) intézete a compenzáló gyakorlati gyógy mód keresztülvitelére (Dr. Frenkel-féle módszer, tabeszes ataxiák gyógyítására) a dr. Grünwald-féle sanatóriumban (VII., Városligeti fasor 13—15).

Kénes iszapfürdők, természetes fürdő-medence. Begöngyölések iszappal. Kád- és gőzfürdők. Massage. Kitűnő szállodák. Meghülés kizárva. Vendéglő-ját üzemben. Olcsó árak. Gondos kezelés. A fürdő főorvosa: Dr. Bosányi Béla kir. tanácsos. Prospektus ingyen küld az igazgatóság.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Magyar Tudományos Akadémia. (III. osztály ülése 1900. márczius 19-dikén.) 187. l. — Budapesti kir. Orvosegyesület. (XIII. rendes ülés 1900. márczius 17-dikén.) 178. l. — Közkórházi orvostársulat. (IV. bemutató szakülés 1900. február 24-dikén.) V. bemutató szakülés 1900. márczius 7-dikén.) 178. l. — A budapesti kir. orvos-egyesület elme- és idegkórtani osztálya. (XXV. ülés 1899. április 12-dikén.) (XXVI. ülés 1899. május 10-dikén.) (XXVII. ülés 1899. október 18-dikén.) 188. l. — (XXVIII. ülés 1899. november 15-dikén.) (XXIX. ülés 1899. december 13-dikén.) 189. l. — A budapesti poliklinika tudományos estélyei. (1899. nov. 17-dikén tartott estély.) 189. l. — Szegedi orvosegyesület. (Szakülés 1899. november 8-dikén.) (Első évszázó közgyűlés 1899. december 9-dikén.) 190. l.

Magyar Tudományos Akadémia.

(III. osztály ülése 1900. márczius 19-dikén.)

Elnök: Szily Kálmán, titkár: König Gyula.

Orvosi érdekű előadások voltak:

1. Lengyel Béla r. tag. **Vizsgálatok a radioactiv vegyületekre vonatkozólag.**

A radioactiv testek újabb időben számos vizsgálat tárgyát teszik. Becquerel felfedezése óta, mely szerint az uranvegyületek láthatatlan sugarakat lövelnek ki, több ilyen tulajdonságú test fedeztetett fel. A Curie-házaspár felfedezte a „poloniumot” és a „radiumot”. Ezeket új elemeknek tartják, de valamely vegyületüket tiszta állapotban előállítani nem sikerült.

Számos ok sorolható fel a mellett, hogy ez elemek létezése kétséges és ez okokat fontolóra véve, előadó kísérletileg megvizsgálta: vajjon nem lehetne-e mesterséges úton olyan testeket előállítani, amelyek az állítólagos radiumelemet tartalmazókkal azonos sajátságokkal bírnak.

A kísérletek kedvező eredménnyel jártak. Előadónak sikerült a közönséges baryumot sugárzó (radioactiv) baryumra változtatni és konstatálni, hogy ennek vegyületi azonos tulajdonságúak a Curie-féle, radiumot tartalmazó testekével.

2. Fodor József r. tag bemutatta Schiff Ernő dr. nagyváradi gyermekorvos következő czímű értekezését: **Újabb adatok az újszülöttek haematológiájához.** (Az újszülöttek vérének fajsúlya az első életnapok folyamán). Egész terjedelmében fogjuk közölni.

Budapesti királyi orvosegyesület.

(XIII. rendes ülés 1900. márczius 17-dikén.)

Elnök: Réczey Imre; jegyző: Lévai József.

A skoliosisról.

Horváth Mihály: Nagy körvonalakban ismerteti a csigolyák és bordák létrejött elváltozásokat. Előadó a habitus scoliosist mint az egyenlőtlen megterhelésből származó deformitást fogja fel, az izomzat gyengeségét pedig csak mint praedisponáló momentumot említi. Az egyenlőtlen megterhelésre alkalmasat ad mindazon foglalkozás, melynél a gyermek a törzsét oldalt hajlítja és elcsavarja. Ilyenek az írás, helytelen állás, mely utóbbinak előadó különös fontosságot tulajdonít.

Saját eseteinek vizsgálatánál a Schulten-féle mérő- és rajzoló-készülékét használta. Az ezzel készített rajzokat csoportosítva, vizsgálatai főleg az oldal elhajlás, az elcsavarodás és a tartási típus sajátságára terjedtek ki.

Vizsgálatainak eredményét az alábbi pontokban foglalja össze: 1. Világos képet a gerincezhajlásról csakis pontos mérés, illetve rajzolás által nyerhetünk. 2. A gerincoszlop sokkal gyakrabban hajlik el balra, mint jobbra. A habitus scoliosis leggyakoribb alakja a baloldali lumbalis elhajlás. 3. A totalis scoliosis a gerincoszlop elhajlásának egy különálló alakja. 4. Legrosszabb prognosist a primaer dorsalis scoliosis nyújt. 5. A torsio nem mindig convex oldali. Concav oldali torsio leggyakrabban a totalis elhajlásnál mutatkozik. 6. Az inflexio fokából nem lehet a torsio nagyságára következtetni. 7. A tartási típus, az inflexio és torsio közötti összefüggés a következőképp fejezhető ki: A kerek hát inkább egyszerű elhajláshoz vezet, míg összetett scoliosist gyakrabban találunk lapos háttal párosítva. Lapos hátnál a torsio aránylag kifejezettebb. A tartási típus javulása, úgy látszik, hogy inkább az inflexio javulásával jár karöltve, míg a torsio a gerincezhajlásnak állandóbb tünetét képezi.

Áttérve a gyógykezelésre, ennek alapelve előadó szerint a megváltozott viszonyok rendezése, hogy így az elferdült csontok az új megterhelési viszonyokhoz alkalmazkodva, visszanyerjék eredeti alakjukat. Kezdődő elhajlásnál az izomzat erősítésével (massage, gyógytorna) állítja helyre a megzavart egyensúlyt. Az elferdülés előrehaladottabb stadiumában a kóros helyzetben fixált gerincoszlop mobilisatiojára törekszik. Erre használja a passiv és activ redressio különféle eszközeit; támasztó fűzőt rendszeresen kezelt betegeinél csakis akkor alkalmaz, ha előzetes beavatkozása útján a gerincoszlopot activ és passiv redressiora alkalmassá tette.

Az elhajlás igen elhanyagolt eseteiben ezen eljárás célhoz nem vezet. Éppen ezért az erőszakos kiegyenlítésből és utólagos rögzítésből álló gyógybeavatkozás jogosultsága felett nem lehet napirendre térni, hanem azt további kísérletezéssel fejleszteni kell.

Közkórházi Orvostársulat.

(IV. bemutató szakülés 1900. február 24-dikén.)

Flnök: Mutschenbacher Béla; jegyző: Terray Pál.

(Vége.)

Genyes hashártyalob miatt végzett laparotomia.

Herczel Manó: A 33 éves nőbetegnél eltolt peritonitikus izzadmány tünetei voltak jelen, miért is műtetre határozták el magukat. A hasüregnek a középvonalban megnyitásokor 3 1/2 liter szagtalan, sűrű, fibrincofatokat tartalmazó geny ürült egy óriási tályogüregből, mely a kis és nagy medencét elfoglalta és baloldalt messze fölterjedt a lépig és a rekeszig. Az ür falát élénkörös sarjszövet képezte, mely a méhet és függelékeit vastagon borítva, az egyes képleteket egymással összetapasztotta úgy, hogy alakjuk elmosódott. A tályog felső falát a magasra feltolt, egymással összetapadt vékonybelek képezték. A hasüregnek steril konyhasó-oldattal bő kiöblítése után a hassebet néhány varrattal szűkítették, a váladék levezetéséről pedig egyrészt a Douglas-ig érő Mikulicz-féle tamponáddal, másrészt egy a bal lumbalis tájon készített ellennyíláson át vezetett vastag drainesóval gondoskodtak. A geny csak kevés streptococcust tartalmazott. A műtét után az óriási üreg eleinte nagyon bőven genyedt, miért is a nagy nedvveszteséget pótlandó két naponként 900 kem. konyhasó-oldatot fecskendeztek a beteg bőre alá; később az elválasztás lassan esőkent, az üreg pedig gyorsan kisebbedett. Jelenleg még egy czeruzavastag, mintegy 5 cm. hosszú sarjadtó csatorna vezet a Douglas felé.

Lefűződött májlebenyben székelő echinococcus műtete a májüregnek megkísérelt elsődleges elzárásával.

Herczel Manó: Előrebocsátva az echinococcus-tömlők műteti kezelésének jelen állását, egy esetét ismerteti, melynél a Bobrow-féle eljárást (a tömlő kiirtása, a zsák bevarrása és elcsüszése) végezte. A 4 hónap óta betegeskedő 20 éves nevelőnőnél a tünetek alapján a kórisme következő volt: lefűződési máj daganata, talán echinococcus. Az 1899. október 6-dikán chloroform-narcosisban végzett műtétnél a hasüreg megnyitása után kitűnt, hogy a daganat tényleg egy lefűződött májlebeny, mely 3 ujj széles hiddal függ össze a máj jobb lebenyével, mely feltűnő vastag és duzzadt. Alsó szélén a megnyúlt epehólyag, mely a daganatnak alsó széléig ér. Mellső felszíne egy helyen erősen kiemelkedik és kissé hullámzik; ezen hely próbacsapolása tiszta folyadékot ad. Erre a puha részletet 4–5 mm. vastag májállományon keresztül bemetszették és a két ökölnyi hólyagot egészében kivették. Ezután a vérzést csillapítván és a levegőt a májüregből gondosan kiszorítván, a máj sebet 8 selyemvarrattal teljesen elzárták. Hasfalvarrat a hasüreg teljes elzárásával.

A lefolyás 11 napon át zavartalan volt, a 12-dik napon azonban láz jelentkezett, mely folyton fokozódott, s e mellett oly tünetek voltak jelen, a melyekből arra kellett következtetni, hogy a máj üregébe vérzés történt, a mely elgenyedt. Ezért az első műtét után 19 nappal újból megnyitották a hasüregt és pedig az üreghez könnyebben hozzáférhetősé czéljából nem a régi hegen keresztül, hanem a jobb rectus szélén. Minthogy a lefűződött májlebenyt a mellső hasfalhoz szélesen odatapadva találták, az üreget a peritoneum fertőzésének veszélye nélkül azonnal megnyitották, mire meglepetésükre nem geny, hanem teljesen tiszta, sárgás serosus folyadék ürült. Az üreget, melynek falát vékony, könnyen letörülhető fibrinhártya fedte, gaze-csíkokkal kifelé drainezték. A folyadék Genersich intézetében végzett vizsgálatok szerint steril volt. A lefolyás ezután sima, a beteg november 30-dikán gyógyultán távozott.

(V. bemutató szakülés 1900. márczius 7-dikén.)

Elnök: Bradách Antal; jegyző: Terray Pál.

Kakodylsavas natriummal kezelt psoriasis-betegek.

Róna Sámuel: A kakodylsavat (dimethylarsen, 72% arsensav-tartalommal) és natriumsóját 1897-ben ajánlották először olyan esetekben, a melyekben az arsen használata javult; állítólagos előnyei, hogy aránylag sokkal kevésbé mérgező és hogy bőr alá fecskendezése teljesen fájdalom nélküli. Bemutató is tett kísérleteket e szerrel, főleg psoriasisban szenvedő betegeknél, végleges ítélet azonban még nem mondhat, mert a 4 psoriaticus beteg közül az elsőnél a baj már regressióban volt, a másodiknál diffúz bőrlöb komplikálta a psoriasist; ilyen esetekben ugyanis a megfelelő külső kezelés is többnyire jó eredményt ad; a harmadik esetben nem volt semmi complicatio; végül a negyedik esetben dermatitis exfoliativa társult a psoriasisshoz, nem merné azonban biztosan állítani, hogy ez a szernek tudandó be, a mint azt némelyek állítják. Azt azonban kétségtelenül bizonyítják a bemutatott

esetek, hogy a kakodylsavas natrium tényleg hat a psoriasis bőrléziókra, a mennyiben képes azokat teljes visszafelé fordításra bírni; továbbá, hogy még nagy adagokban sem okoz súlyosabb mérgezési tüneteket, legfeljebb toxikus erythemát és dermatitist, és hogy a befeeskenedések teljesen fájdalommentesek; mindezek alapján megérdemli a vele való további kísérletezést. Bemutató a kakodylsavas natriumot 30%-os töménységben adja gyenge Schleich-féle oldatban; ebből eleinte 2 kem.-nyit feeskenedez be pro dosi et die (6 centigramm) és gyorsan emelkedik 25–30 centigrammig, a mely magaslaton azután megmarad. A belső használatra ajánlott közömbösített kakodylsavat is megkísérelte, kellemetlen íze és bűze miatt azonban csakhamar abba kellett hagynia.

Lupus erythematosus gyógyítása kakodylsavas natriummal.

Róna Sámuel: Lupus vulgaris és lupus erythematosus esetekben is kísérletezik a kakodylsavas natriummal; 30%-os oldattal infiltrálja a beteg bőrrészeket. Lupus vulgarisnál eddig még nem mutatkozott változás, lupus erythematosus két esetében azonban 9-szeri, illetve 6-szori infiltrálásra már tetemes javulás állott be. Az infiltrátora a 30%-os oldatból eleinte 2, utóbb 4 kem.-t használ pro die.

Vesetuberculosis esete.

Korányi Sándor: A 26 éves nőbeteg jobb oldali vándorveséje 1896-ban rögzített, mire panaszai megszűntek és csak 1899. márczius havában jelentkeztek újból heves és gyakori vizelési inger kíséretében. A pontos, a vizelet és vér fagyfagyára is kiterjeszkedő vizsgálat, valamint a tuberculin-befeeskenedésre beállott általános és helybeli reactio alapján hólyag, mindkét oldali ureter és jobb oldali vesetuberculosis volt megállapítható. Az eset élénken illusztrálja a tuberculin értékét a vesetuberculosis kórismézésénél.

Ezen esettel kapcsolatosan egy másik esetét is felemlíti, a melyben szintén vándorvesében székelő fájdalmak voltak jelen. A beteg családjának terheltsége és hőmenetének ingadozásai a tuberculosis gyanúját keltették és a tuberculin csakugyan heves, általános, valamint a vándorvesére szorító helyi reactiót váltott ki. A beteget a napokban operálták s jelenleg a gyógyulás útján van. Ez az eset mutatja, hogy néha egyszerű vándorvese-fájdalmak vesetuberculosisból erednek, melyet korán felismerni csakis a tuberculin segítségével lehet.

Az arteria iliaca externa sinistra lekötése szűrt seb miatt Gyógyulás.

Boros József: A rendkívül súlyos anaemia tüneteivel a kórházba hozott 20 éves napszámosnál a bal Poupard-szalag közepe fölött egy újjal a hasfalra egy szűrt sebet találtatott. A sérülés helye és a súlyos anaemia már eleve valószínűvé tették, hogy valamely nagyobb-ér-édeny sérülése van jelen. A hasúr megnyitása és a psoas belső szélén húzó nagy medencebéli erek kikészítésekor kiderült, hogy az a. iliaca externa sinistra elülső és hátulsi fala, egy centiméternyire az a. epigastrica eredésétől centraliter, körülbelül 3–4 mm. hosszú folytonos-ságmegszakítást mutat. Az arteria sebé fölött és alatt ligaturát alkalmazva, ezzel a vérzést teljesen megszüntették. Erdekessé az eset azért, mert újabb bizonyítékát adja azon tapasztalatnak, hogy a végtag életbenmaradását illetőleg jobb a prognózis akkor, ha az a. iliaca externát kötjük alá, mint ha a femoralist kötjük le. Ennek pedig az a magyarázata, hogy az iliaca externa alakításánál a körzeti csonkból kiinduló erős ágai az a. circumflexa ilei-nek, valamint az aa. epigastricae a collateralis vérkeringés kifejlődésére jó esélyt adnak. Tényleg ezen esetben is a végtag rendes hőmérsékét megtartotta, mozgási és érzési rendesség nem mutatkozott, dacára annak, hogy az a. femoralis és az a. tibialis postica pulsusa nem érezhető. A beteg sérült végtagját már 2½ hét múlva jól tudta használni.

A budapesti kir. orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztálya.

(XXV. ülés 1899. április 12-dikén.)

Elnök: Oláh G.; jegyző: Epstein L.

Schaffer Károly: „A gerincvelő hátulsi köteleinek elfajulása paralysis progressiva folyamán”. Előadó mindenekelőtt ismerteti tárgyának jelen állását; kiemeli, hogy míg *Raymond és Nageotte* szerint a paralysisnél mutató hátsó kötélszalagok változásai azonosak lennének a tabesnél előfordulókkal, addig *Joffroy és Rabaud* szerint a két rendbeli elváltozások teljesen különbözők egymástól. — Miután még *Mayernak* fontos dolgozatának eredményeit ismerteti, áttér saját vizsgálatainak előadására. Ezeknek végeredményét a következő pontokban foglalja össze:

1. A paralysisnél mutató hátsó kötélszalag bántalom részben az exogen, részben pedig az endogen rostok bántalmán alapszik.
2. Az exogen jellegű hátsó kötélszalag bántalom a paralysisnél semmiben sem különbözik a tabesnél mutató hátsó kötélszalag bántalom topographiájától.
3. A paralytikus hátsó kötélszalag bántalom azonos a tabeses hátsó kötélszalag bántalommal, tehát egy rendszeres bántalom; *Joffroy és Rabaud* ama állítása, hogy a paralysis hátsó kötélszalag bántalma asystemás, rendszertelen lenne, nem tekinthető helytállónak.
4. A paralysis hátsó kötélszalag degeneratioja két főalakban folyik le: a) sommás gyöki alakban és b) electiv systemás alakban.

Ranschburg kérde, vajon előadó sejtvizsgálatokat is eszközölt-e, illetőleg milyen eredményeket ért el?

Előadó kijelenti, miszerint ezirányú vizsgálatai még csekély számúak, de talált elfajulást.

(XXVI. ülés 1899. május 10-dikén a régi Szt. János-kórházban.)

Elnök: Oláh G.; jegyző: Epstein L.

Ranschburg Pál: „Psychometriás vizsgálatok az elme- és idegkórtanban”. Előadása keretében ismertette a psychophysiologiai és psychophysikai eszközöket és módszereket, bemutató egyetemen az egyetemi psychophysiologiai laboratóriumot is. Megmagyarázván a *Mosso-féle plethysmograph*, *ergograph*, *sphygmomanometer* s egyéb graphikus felvételi és irókészülékek szerkezetét és használatának jelentőségét, áttért az időmérés módszereinek bemutatására.

A *Hipp-féle chronoskop*-ot, a *Runne-féle kontrol-esőgépet*, a *Röhmer-féle hangkulcsokat*, az *Alber-féle optikus hívókészüléket* működésükben mutatja be, a mint azok az egyszerű és összetett reakciók, az apperceptio, a kényszeres és szabad képzetársítások, ítéletek, számolási műveletek időtartamának ezredmásodpercnyi pontossággal való mérésére alkalmasak. Ismerteti továbbá az elmehelyi műveletek időtartamának folyatolagos vizsgálati módszereit is.

Décsi Károly bemutatja a „*Kahlbaum-féle katatonia egy esetét*”. A *Kahlbaum-féle* katatonia tüneteit mutatja be 20 éves nőbeteg; a beteg több mint másfél esztendeje állandóan mutatja a katatonia jellemző tüneteket: nagyfokú negativizmus, stereotypia, automatikus testmozgások, fokozott izomtonus a betegnél kifejezett alakban jelen vannak. A beteg psychikus állapota depressív-hallucinátorius körben mozog és jelenleg már úban van az elmeegyensúly felé. Bemutató az esetet — tekintettel a katatonias tünetek állandóságára és az egész kórkép másfél éven át észlelt lefolyására — valódi *Kahlbaum-féle katatonianak* tartja.

(XXVII. ülés 1899. október 18-dikén.)

Elnök: Niedermann Gy.; jegyző: Epstein L.

Schaffer Károly nagy agymetszeteket mutat be. Bemutató bevezetéként a nagy agymetszetek előállításai módjáról emlékezik meg röviden és annak kapcsán bemutat a nagy agyvelőből készült teljes frontal-metszeteket, melyek agyvérzés, sclerosis polyinsularis, *Sachs-féle* idiotia familiaris és agytumor eseteiből készültek.

Függelékkel a gerincvelő különböző betegségeit feltüntető photogrammat mutat be.

A bemutatott készítmények és mikrophotogrammok a párisi kiállítás számára készültek.

Ranschburg és Décsi: „Az ásványi delejességnek a szervezetre gyakorolt hatásáról”.

Ranschburg tartja meg a *Décsivel* egyetemben végzett kísérletek alapján az előadást. Előadó vázolja a mágneses terapeutikai használatának történetét, kezdve az ókoron egészen napjainkig, azután kísérleteiről beszámolván, bemutat egy sphygmogrammat, a melylyel illusztrálja, hogy az ásványi delejességnek a szervezetre csak suggestiv hatása van, realis hatása nincsen.

Hozzászólnak: *Laufenauer*: Már évek előtt foglalkozott ezzel a kérdéssel, de megfelelő készülékek hiányában természetesen nem azzal a praecisióval, a melylyel az ilyen kísérleteket most lehet végezni. Előadónak hivatkozása *Charcot*-ra, hogy ez realisnak ismerte el a mágnesnek hatását, téves, mert *Charcot* ellenkezőleg skeptissal fogadta az erre vonatkozó híreket. A 10–12 év előtt *Högyes*-sel együtt végzett sensomuscularis vizsgálatai alkalmával ő is egyforma eredménnyel használta a delejt és az áledejt. A transfert mindkét esetben beállt; ők hőhatásokra vezették vissza az eredményt.

Helyesnek tartja, ha a nép öntudatában élő tanoknak nem fordítunk hátat, hanem azokat a tudomány fénye mellett megvizsgáljuk és azért örömmel üdvözlö a kísérletek megtartását.

Schaffer felemlíti *Benedikt* kísérleteit, a melyeknél ő azt tapasztalta, hogy betegek mindannyiszor nyugtalanság mutatkozt, valahányszor egy szekrény mellett mentek el, a melyben a nélkül, hogy tudták volna, egy nagy delej volt elrejtve.

Korányi S. annak illusztrálására, hogy kísérleteknél talált eredmények megítélésénél milyen óvatosságra kell lenni, megemlékszik a 9 év előtt eszközölt kísérleteiről, a melyeket *Herrmann* a delejre vonatkozó negatív leletei után tett. — *Moleschott* bebizonyította, hogy a békák bőre fény iránt érzékeny; ez az érzékenység téli békáknál rendkívül fokozódik, ha azoknak idegrendszerére kreatinint teszünk, akkor fény behatása alatt hő kizárása mellett is rándulások támadnak.

Ilyen kreatininos békákkal tett ő kísérleteket és azt tapasztalta, hogy az elektromágnes közelében fekvő békán az áram zárása alkalmával rándulások támadnak.

Már bebizonyítottan vélte a mágnes realis hatását, a mikor arra a gondolatra jutott, hogy nem-e az a kis zörög, a melylyel az áram zárása jár, idézi elő az oly nagy fokban érzékeny békánál a rándulásokat?

Úgy rendezte be tehát kísérleteit, hogy a zárás által alkotott zörög ki volt zárva és akkor kísérletei negatív eredményt adtak, miért is azoknak publikálásától eltekintett.

Ranschburg zárszában megjegyzi, hogy ő *Benediktnek* kísérleteit nem ismételte, mert az ő saját kísérletei kétségtelenné tették előtte a delejnek suggestiv hatását. *Laufenauerrel* szemben felhossa, hogy Charcot és tanítványai kezdetben ellenkező álláspontot foglaltak el a delej hatását illetően, de később elismerték azt, ép úgy más fémeknél is. *Korányi* észrevételét illetően ő is belátja, hogy a kísérletezésnél és az eredmények megítélésénél nagyon óvatossá kell lenni, de szükségesnek tartja ezeket a kísérleteket. A spiritismus tényeit is meg kellene vizsgálni.

(XXVIII. ülés 1899. november 15-dikén.)

Elnök: Oláh G.; jegyző: Epstein L.

Weisz Ferencz: „Hysteriás szemizomgörcsökről és hűdésekről”. Daczára azon beható tanulmányoknak, miknek a hysteria az utolsó évtizedben tárgya volt, úgy a betegség lényegére, mint tüneteire nézve még ma sincs egyöntetű nézet. Így a szemizomhűdéseknél még nincs tisztázva azon kérdés, vajon itt izomhűdésről lehet-e beszélni vagy csak az antagonistáknak contracturájáról. Az idevágó irodalom közlése után az előadó azon eredményhez jő, hogy bár ritkák a valódi izomhűdések és a legnagyobb része csak az antagonisták contracturája, mégis valódi izomhűdések is léteznek.

Egy eddig még nem közölt muse. ciliaris göres esetéről emlékszik meg, melyet *Donáth Goldzieherrel* egyetemben észlelt és a melynél 4 év óta nagyobb fokú myopia állott fenn staphyloma posticummal és choreoretinitikus elváltozásokkal és a hypnosis a görcsöt, illetőleg a myopiát megszüntette. — Előadása folyamán megemlékszik továbbá a hysteriánál észlelhető pupilla-elváltozásokról is és az idevágó irodalom felemelése után azon kérdést tárgyalja, vajon a hysteriásoknál előforduló pupillahűdés sphincterhűdésnek a következménye-e vagy pedig dilatator göres-e? Az újabban közölt irodalmi esetekben inkább hajlandó sphincterhűdést felvenni, semmint dilatator görcsöt. A hysteriás roham alatt észlelt pupillamerevség eseteiről megemlékezve *Karphus és Westphall* egyetemben oda konkludál, hogy bár a legtöbb hysteriás rohamnál a pupillák reagálnak, mégis merevség is van és ezen symptoma a differentialis diagnózis tekintetében epilepsiától nem különbözik.

Egy *Goldzieher*-rel, utóbb *Schaffer*-rel együtt észlelt accomodatio hűdést ír le egy hysteriás nőnél egy roham közben. Mialatt a beteg *Goldzieherrel* szemben ül, a pupillák középtágak, merevek, a szemek könnyű divergens állásban merevek, absolute nem mozgathatók, keresztetett kettős képek, egyszerre hirtelenül mozgatja a szemét; arra figyelmeztetve, előbbi állapotba esnek, azután olvas pár perczig, egyszerre a rendes üvegével (+ 2.0 D) nem tud olvasni, aztán hirtelenül ismét szabad szemmel és ezen állapot folytonosan változó.

A pupillahűdésnek eredetét nézve, a székhelyt a központban keresi és pedig nem a harmadik agygyomrocs fenekén az oculomotorius magvakban, hanem az agykéregben, és erre úgy a klinikai észlelésekből, mint pedig az állatkísérletekből, miket a régebbi szerzők közül Ferrier és az újabban közül Braunstein és mások végeztek, következtet.

(XXIX. ülés 1899. december 13-dikán.)

Elnök: Glück J.; jegyző: Epstein L.

Antal Jenő: „A Westphal-Piltz-féle ú. n. paradox pupillaris phaenomenről”. *Westphal és J. Piltz* azt találták, hogy fénymercv pupillák az esetek bizonyos százalékában szűkülnek, ha a vizsgálandó beteg a szemhéjakat erősen összeszorítja, nyitás után a szűk pupillák fénybehatás mellett eredeti nagyságukra tágulnak. Ugyancsak *J. Piltz* homotropinum sulfuricummal bénítva a pupilla physiologikus reflexeit, azt találta, hogy ezen paradox phaenomen még kis fokban a fenti reflexek eltűnése után is egy darabig kiváltható, később megszűnik. Úgy szintén eserinnel szűkített pupillán is ki bírta váltani ezen paradox phaenomen.

E phaenomen kórtani és diagnostikai értékének kiderítése végett 48 egyént vizsgáltam meg, köztük 11 tabikust, 2 paralytikust és 5 teljesen egészségest.

A tabikusok pupillái fényre részben jól vagy gyengén reagáltak, részben fénymervevek voltak; 2 esetben accomodatoria sem reagáltak. A 2 paralytikus egyikénél fénymervevek voltak a pupillák, a másik esetén az egyik szem az accomodatoria sem reagált a pupilla, a másik szem reagált fényre és accomodatoria is.

A vizsgálatoknál *Piltz* szerint 2 eljárást követtem:

1. Felszólításomra a vizsgálandó összeszorította szemhéjait, majd kinyitotta szemét, ezen eljárást *orbicularis zárásnak* neveztem.

2. A vizsgálandó szemhéjait széjjelhúztam (fel- és lefelé) és azután szólítottam fel a szem összeszorítására, majd az elernyesztésre, ezen eljárást *orbicularis feszítésnek* neveztem el.

Mindkét eljárásnál a tünet kétféleképp jelentkezhetik: a) nyitás után a rendesnél szűkebb pupilla még prompt szűkül és utána lassabban tágul, b) a szűkült pupilla a nyitás után azonnal tágul.

Az eredmények a következők voltak: Az orbicularis zárás a) tünete után, azaz nyitás után prompt szűkülés és utána lassabb tágulás egy physiologikus folyamat, rendszeren egészségeseknél, kivételesen idegbántalmaknál található. Az eltérés a rendestől abban áll, hogy a nyitás alkalmával már kissé szűk itt a pupilla. Ezen physiologikus tünetnek gyengén kifejezett volta (azaz nyitás után gyenge szűkülés és lassú vontatott tágulás) oly idegbántalmak eseteiben, a melyeknél a pupilla

fénymervevsége pathognostikus értékű (tabes, paralysis), mint prodro-malis tünet szerepelhet olyan stadiumban, midőn a pupillák fényreactioja még jó.

Az orbicularis zárás b) tünete, azaz nyitás után fénybehatás mellett a szűkült pupillák tágulnak, a tulajdonképeni paradox phaenomen. Rendszerint idegbántalmaknál, kivételesen egészségeseknél is található oly pupillák, a melyek fényre jól vagy renyhén reagálnak, ép úgy fénymercv pupillák is kiváltható.

Míg egyrészt korai tünet lehet oly idegbántalmak esetén, a melyeknél a fénymercv pupilla pathognostikus értékű (tabes, paralysis), oly stadiumban, midőn a pupillák fényreactioja még egész jó, addig másrészt mint késői tünet szerepelhet ugyancsak idegbántalmaknál egy olyan stadiumban, midőn a pupillák fényre már nem reagálnak.

Az orbicularis feszítés a) alatti tünete szintén egy physiologiai folyamat, ugyancsak azzal az eltéréssel, hogy nyitás után már kis fokban szűkül a pupilla.

A szerint, a mint a szem felfelé, és részben vagy egészben a conjunctivalis tasakba kerül vagy pedig szabadon marad a fénybehatás alatt a pupilla, az elernyesztés után az első esetben prompt szűkül és utána tágul, míg az utóbbi esetben az elernyesztés után a feszítés alatt kis fokban szűkül a pupilla azonnal tágul. Kivételesen ezen utóbbi esetben is előbb szűkül és azután tágul a pupilla.

Analog az orbicularis zárás a) alatti tünetével, a mennyiben gyengébben volna kifejezve ezen physiologiai tünet oly idegbántalmak esetén, a melyeknél a fénymercv pupilla pathognostikus értékű (tabes, paralysis), mint korai tünet szerepelhet olyan stadiumban, midőn a pupillák fényreactioja még jó.

Az orbicularis feszítés b) alatti tünete, azaz elernyesztés után a szűkült pupilla fénybehatásra azonnal tágul, rendszerint idegbántalmaknál található, kivételesen egészségeseknél olyan pupillák, a melyek fényre jól reagálnak és olyanoknál is, a melyek semmi physiologikus reactiot (fény, accomodatio) se adnak.

Míg egyrészt mint korai tünet szerepelhet oly idegbántalmaknál, a melyeknél a fénymercv pupilla pathognostikus értékű (tabes, paralysis) olyan stadiumban, midőn a pupillák fényreactioja még egész jó, addig másrészt mint késői tünet szerepelhet ugyanezen idegbántalmaknál olyan stadiumban, midőn a pupillának minden physiologikus reflexe (fény, accomodatio) már elenyészett.

Annak okát, hogy az orbicularis zárási tünet fényre jól reagáló pupillák kivül csak fénymercv pupillák voltak kiváltható eseteimben, míg olyanoknál, melyeknél accomodatio hűdés is volt, hiányzott, az orbicularis feszítési tünet ellenben az utóbbi esetben is ki volt válttható, részben abban kereshetem, hogy az orbicularis feszítési tünet jobban ellenőrizhető és biztosabb phaenomen, mint az orbicularis zárási tünet; másrészt pedig az orbicularis feszítési tünet erősebb szűkülést eredményez, mint az orbicularis zárási phaenomen.

Magyarázatul pedig ezen paradox pupillaris reflexeknek az orbicularissal együtt járó sphincterműködés túlsúlyra jutását kell felvennem, a mely együttes associatio izomműködés a fényreactio teljes hiánya esetén még mindig erős inger arra, hogy a sphincter pupillae összehúzódjék.

Ranschburg kérdi, hogy az előadó által felhozott tabes-esetek milyen cardinalis tünetek által voltak mint olyanok felismerhetők, nevezetesen történt-e szemtükrí vizsgálat? Kérde továbbá, hogy a kifejtett tüneteknek diagnostikai értéket tulajdonít-e az előadó?

Előadó megjegyzi, miszerint szemtükrí vizsgálat nem történt ugyan, de a tabes exquisit tünete volt jelen. A tünet az eseteknek egy bizonyos százalékában majd mint korai, majd mint késői tünet szerepel és azért járulékos diagnostikai értéket tulajdonít neki.

A budapesti poliklinika tudományos estélyei.

(1899. nov. 17.-én tartott estély.)

1. **Feleki Hugó**: **Haemospermia** esetét mutatja be. R. A. 16 éves tanuló a masturbatiót 2 év óta üzi, még nem coitált. A masturbatio következményeként éjjeli magömlésekben szenved, melyek kéjérzés nélkül történnek. Az eset annyiban érdekes, mert azon kérdés eldöntésére, vajon a masturbatio idézhet-e elő haemospermiát, hivatva van fényt deríteni. Egyes szerzők ugyanis mint tény említik, hogy nemi excessusok (masturbatio) képesek haemospermiát okozni. Meg kell különböztetnünk a valódi haemospermiát a haemospermia spuriától, mely alatt azt kell értenünk, hogy a normalis ondóhoz kiürülés közben az urethrából keverődik a vér. A valódi haemospermia alatt azonban az ondónak vérrel való intim keverődését kell értenünk, még mielőtt kiürülése közben a húgyesőbe jutott volna. Ez utóbbi létrejöttét a szerzők az ondóhólyag megbetegedésének következményeképp magyarázzák. Nemrég *Keersmaecker* e tárgyról szóló közleményében iparkodik kimutatni, hogy a haemospermia vera csaknem mindig prostatitis következménye.

Kétségtelen, hogy prostatitis haemospermiára vezethet, de nincs igaza *Keersmaeckernek*, hogy ondóhólyagmegbetegedés nem vezethet haemospermiára. Ily esetek mások által és általam is észleltettek.

A fenforgó eset annyiban érdekes, a mennyiben bizonyítja a haemospermia létrejöttét masturbatio következményeként, mert, hogy itt a vér nem az urethrából keveredett az ejaculatumhoz, bizonyítja azon körülmény, hogy a vizelet ily pollutio után vértől mentes, az urethrában tükröl semmiféle laesiot nem találunk; de nem lehetett a prostatatól sem kiszajtolni vérral telt váladékot, úgy hogy fel kell tenni, hogy ezen esetben a vér az ondóhólyagokban keveredett a spermához.

S Z E M É S Z E T.

Szerkeszti SCHULEK VILMOS egyet. tanár.

TARTALOM. Schulek Vilmos tnr.: A színek látható vége. — Schulek Vilmos tnr.: Kamarás pápaszemek. — Szili Adolf tnr.: A szaruhártya felhámazulása. — Pauz Márk dr.: Az orrbetegségek befolyásáról szembajokra. — Vajda Géza dr.: Ektogen eredetű panophthalmitis gyógyult esete. — Irodalomszemle. — Vegyesek.

A színek látható vége.

Schulek Vilmos tanártól.

Annak megítélésében, hogy az élőnek szeme mennyit lát meg az égfényről készített színekéből, arra a szemgolyó együttes közegének elnyelési színe a mértékadó. Az előző munkálatban konstatáltam, hogy rendes szemek elnyelési színe szerint a fény átmenetele a Fraunhofer *H* vonaltól gyorsan apad, továbbá, hogy az *L* vonalon túl csak nagyon erőyes kitévés mellett konstatálható valami maradékos fény, és hogy ez akármilyen korúrol egyaránt áll. Ezt az állítást élő is ellenőrizni kellett, az által hogy számos egyén szemét a színeképnézőn (spectroskop) vagy még jobban (mert kényelmesebben és így biztosabban is) a spectrographon ezen viszonyokra megvizsgáltam. Mielőtt az eredmények tárgyalásába ereszkedném, némelyeket általánosságban kell elmondanom.

Legelőbb is arra kell emlékeztetnem, hogy az egész szemek elnyelési színe, melyek a fenti állításra jogosítanak, égfénnyel készültek, derült deleken, januártól—április 1898-ban, 1 mm. résnyitással, és 1 órányi kitévéssel. Mind-ezen adatok lényegesek. Mert más fénnel, más időben, más időtartammal, más résnyitással, sőt más lemezekkel, kvarezkészítéssel stb., más színeképeket is kaptam volna.

Helmholtz azt mondja,¹ hogy a látható színek a Fraunhofer *H* vonalig ér, innentől az ibolyás gyengébb lesz, mint egy *L*-nél kifogy, de éles határa nincsen, hanem lavandulaszürkébe folytatódik, melyet csak a színek többi színes részének kizárásakor látunk. Így valamit még az *S* vonalig láthatni, a hol azonban már a napfény is kifogy. Sorát a látható színek határát *Q*-ig és azontúl az ultraibolyát (tehát ezt csak 0.33 μ -tól) számítja. Mascart embert talált, a ki 0.21 μ -ig látni tudott.

Ha kérdezzük, hogy a látható színek meddig terjed, nincs biztos felelet. A határ ingadozik a világítás, a vizsgálás módja szerint, ingadozik ugyanazon ember két szeme szerint, és ingadozott nálam még a vizsgálás előzményei szerint is. A látható színek határa tehát relativ fogalom, azon határokon belül, melyeket Helmholtz oly világosan körülír. Ha a határról a színek határozott helyeinek alakjában, tehát hullámhosszakban beszélünk, az adatok csak akkor használható értékek, ha a már hangsúlyozott körülmények szintén elmondhatnak.

A helyett tehát, hogy a határ után azon szándékkal kérdezősködünk, hogy ebből érdemleges következtetéseket vonjunk, az élettani és kórtani viszonyok megítélésére fontosabb volna kérdeznünk, hogy a színek színes részének határát hol és mennyiben kell még észrevenni, hogy a vegyes fényt mint fehéret láthassuk. Erre az az általában kielégítően megálló felelet adható, hogy az ibolyás a *H* vonalig kell meglátni.

Rendes szeműek minden színes fényt a spectrumban valóban ezen vonalig látnak, sőt még egy darabkát azon túl, habár az utóbbit gyorsan fogyó mértékben. A még főlebb, az *L*-en túl a színekben előforduló sugárzó energia márcsak gyenge kékes szürke világosságnak mutatkozik nekünk. Az utóbbinak észrevezéséről Helmholtz azon nézetben van, hogy már nem egyenesen, hanem a látó hártából származó színjászó

fénybe átváltozás által válik láthatóvá. Gyanítani lehet, hogy a látás rendes műveletében egészen nélkülözhető. Még a *H* és *L* közt levő ibolyás fénynek észrevezése is, úgy látszik, az észrevező képességnek egy nélkülözhető, tehát felesleges többlete.

Ezt a pontot mindenesetre tisztába hozni kellett, mielőtt abba ereszkedünk, hogy kamarás pápaszemekkel a színek felső végéből annyit elvágjunk, a mennyi csak a tárgyaknak a maguk természetes színében meglátásával még megegyeztethető. Egyelőre szabad föltenni, hogy a színeknek a felső végéből a *H* vonalig való megkurtítása a látás rendes műveletére zavar okozása nélkül marad és másként is aggodalom nélkül megengedhető. Még a *H* alá menni is megengedhetőnek látszik addig míg a fehérlátás az általános megvilágítás mellett lehetőnek bizonyul, vagy hogy ezt a kamarás pápaszemek készítésének álláspontjáról kifejezzem, míg nem a kamarás pápaszemben levő elnyelő közeg sárgás színt felvenni kezd.

Az épen fogalmazott concessióval ugyanis a kilátásba vett anyagok egyikével az ibolyántúlnak ingerhatása ellen megadható védelem további jelentékeny fokozást nyer. Így pl. a 2.5 mm. rétegvastagság mellett triphenylmethant xyloban 35:100, sőt még 40:100-ig is lehet töményíteni a nélkül, hogy nevezhető sárgállás következzen. Így pedig a színek a 0.405, illetve 0.410 μ hullámhosszig megrövidíthető, a nélkül, hogy az általános fehérlátást háborgatnók.

Mindez a közönséges nappali megvilágításra és az egyenesen beáramló égfényre¹ vonatkozik. A mondottak a napfényről is nagyjában állanak.

Egészben a mi véleményünk a fehér fényről nagyon türelmes szokott lenni, mint a hogy színészrevezést is nem a befogadott hullámhosszak szoros következése, hanem egyidejű (simultan) és következéses (successiv) ellentétek által sokképen befolyásolt.² Így azután könnyen megessik, hogy a közegek fényáteresztését látszólagosan fehér fénnel spectrographosan vizsgáljuk és mégis az elnyelési színekéből hibás következtetésekre jutunk.

Brücke kimutatja, hogy fehér és ultramarin festékeknek keveréséből nem világoskék, hanem ibolyás lesz, épúgy sárgának és fehérnek keveréséből nem világossárga, hanem narancsos. Tehát a nappali fény vörös.³

Memorsky mesterséges ú. n. fehér fényforrások vizsgálatánál azt találta, hogy csak az elektromos szikrafény színevégei fehérek. A magnesiumfény szerinte halovány ibolyás; világító anyagainak sárganarancsosak, még pedig lehágólag ilyen sorban: fenyőszál, fagygyertya, olajlámpa, stearingyertya, világító gáz, petrol. Ezek tehát a tervezett kamarás pápaszemmel a meleg színezésnek (színek alsó fele) megnöveszt mutatnák.⁴

¹ Az égfényben állítólag a kék sugarak a túlnyomók. Vogel (H. d. Phot. II. 254) erről Crova (Comptes rendus 109. k. 1889) egy közleményét idézi.

² És ezzel az „átlátszó sárga anyagok” közleményben kimutatott bizonytalanság, a színből a hullámhosszakra következtetni, még inkább bonyolódik.

³ Kíváncos volna tudni, hogy a vizsgáló az ő fényforrásának (itt a nappali fénynek) spectrumát milyennek tudta látni.

⁴ V. ö. Brücke, Vorlesungen über Physiologie. Bécs, 1873. II. 135—136.

Elsa Kottgen különböző fényforrásoknak színeképes összehasonlításról vizsgálásokat az A. König spectral-photometerrel (színeképes fénymérővel) végeztet.¹ Egészben 78 fényforrást vizsgált, mindegyiknek együttes fényét intenzitásában Hefner-egységekben állapította meg, azután az egyes színek helyek erősségét 0.59 μ -re (a D vonalra) mint egységre = 1 vonatkoztatva. Nagyon számon jövő adatok kerültek ki. A kérdéskörünket érintő végszámokat hadd idézzem. A legrövidebb hullámhosszúság, melyet K. még számba vett, 0.43 μ (tehát a G vonal). A D vonal egységi erőssége (Intensitáseinheit) helyett adott egy triplexlámpa 1.053 (a vörösben 1.017); Siemens-regenerator (95 Hefner erősséggel) 2.234 (vörösben 0.858); Auer-égő lángjának 4 helyén, felül 2.61 (0.44), középtű 3.27 (0.42), mélyebben 4.25 (0.42), alul 5.56 (0.43), zirkonfény 3.32 (0.81). Még jelentősebbek ezen munkálatom szempontjából a következők: kék ég 61.63 (0.21); fátvolfelhők 36.52 (0.25); fehér felhők 30.73 (0.36); nap 19.738 (0.30).²

H. W. Vogel a petrólfényt a napfényvel és borus ég mellett a nappali fényvel hasonlította össze, úgy hogy az egyes színekprézsek fénymérési meghatározásait végezte, melyekből azután Lasansky az a napnak flintüveg színekéhez való erősségi viszonyt megállapította.³ Ebben a szemre kellemes összhangja a különböző hullámlengések erősségének mutatkozott.⁴

Elektromos fényről ilyen adatok még hiányoznak, leg alább az irodalomban nem tudtam találni.

P. Glan vizsgálati eredményeket a „kiegészítő színek alaptörvényéhez” közölte.⁵ Meghatározza a kiegészítő színek erősségét és gyengítésüknek mértékét, melyet elszennvednek míg a szem kereszttől a látóhártya fényérző rétegéig eljutnak. Az a törvényesség mutatkozott, hogy a kiegészítő színek mennyiségeinek, erélymértékben számítva, a látóhártya észrevető rétegében egyenlő nagyságoknak kell lenniök, hogy fehéret adjanak, és hogy a fehér ugyanazon mennyiségéhez az ilyen színek valamennyi párjánál ugyanazon fény mennyiség erélymértékben szükséges. Elsőben a szem közegét együttesen vette és a gyengítési mutatókat az egyes színekkerületek számára határozta meg. Később a mutatók gyengítését a szem egyes részei szerint állapította meg. Minden számérték 0.56 μ hez mint egységhez = 1 viszonyítandó. A gyengítési mutatók a következők:

$\lambda \mu$	Szarúhártya	Csarnokviz	Lenese	Üvegtest	Összes szem
2.38	—	—	—	0.05	—
1.79	—	—	0.36	0.34	—
1.29	—	—	0.83	1.—	—
0.85	0.64	1.—	0.70	1.—	0.29
0.66	0.59	1.—	0.55	0.88	0.35
0.56	1.—	1.—	1.—	1.—	1.—
0.50	0.88	1.—	0.77	0.87	—
0.45	0.82	1.—	(0.63)	—	—
0.42	0.95	1.—	(0.51)	—	—
0.39	0.95	1.—	(0.43)	—	—

Továbbat elmondatik, hogy az emberi szemnek a lenese hatásától mindig fénygyengítő befolyása van a színek leg-

törékenyebb részére. Ez a fénygyengítés, mint az összehasonlítás a színeképbeli abszolút intenzitás és látszólagos világosságának változása között kideríti, az ibolyás felé mindinkább fogyónak veendő. Glan ezért, más adatok hiányában, a szemlencse gyengítését a színeképb leg-törékenyebb részében a hullámhosszak rövidülésének arányában növekedőnek vette fel (!), mint a hogy tényleg az emberi lencse tekintetében az ibolyás felé növekedik.¹ A kékibolyásra vannak kiszámítva és (a fentebbi táblázatban is) zárójelben idézve. A napnak fénye kiegészítő színekből a következő viszonyokban tevődik össze, a hol λ a hullámhosszat, i az indexet és 102 az arányt jelenti:

λ_1	i_1	λ_2	i_2
495.3 $\mu\mu$	45.7	645.3 $\mu\mu$	19.6
486.1	41	597.9	15
454.5	22.5	562.7	23.3
451.5	22.8	566.8	19.7
413.9	8.3	573.5	7.4

A kiegészítő színek fényerősségére a sárga folt fényérző rétegében az előbbiekből a következő értékek adódnak:

λ_1	i_1	λ_2	i_2
495.3 $\mu\mu$	8.1	645.3 $\mu\mu$	9
486.1	10.8	597.9	14.9
454.5	9	562.7	10.7
451.5	10	566.8	10.7
413.9	4.1	573.5	4.7

Ezen észleletek, mondja Glan, jól megerősítik az általa talált törvényt, mely szerint valamennyi kiegészítő színnek a sárga folt fényérző rétegében egyenlő erősnek kell lenni, hogy a fehérnek ugyanazon mennyiségét adják.

A milyen értékek és a kérdés subjectív oldalára vonatkozólag becsések ezek az adatok, és a mennyire a kiegészítő színek tanában még fennálló nehézségeket elhárítani látszanak,² mégis rá kell mutatnom, hogy: 1. az egész munkálatnak legfontosabb alapvető adatai t. i. a lenese által történő fénygyengítés a színeképb kékibolyás részében (a zárjelekbe foglalt 3 adat) nem egyenes tényekből, hanem más értékek interpolációjából vannak merítve; 2. az „átlátszó sárga anyagok” című értekezésben bemutatott, egyrészt a sárga színezésben keveset vagy semmit sem különböző, másrészt az elnyelési görbékben szerfelett nagy változatosságot mutató anyagok minden kimagyarázás elé oly kényes és bonyodalmas feladatként merednek, hogy a nyújtott és bár még olyan észszerűen kifejtett kulccsal velük szemben elégtelenül állunk.

Mindezen kérdéseknek megfejtése, melyek a kiegészítő színérzéssel összefüggnek, végérvényes módon csak úgy ígérkezik, hogy előbb az idézett értekezésben vázolt úton a hullámhosszak és erősségeiket egyenként fizikálisan megállapítsuk. Addig az alanyi érzésnek mozzanata az exakt felismerésnek átléphetlen akadályá marad. Számszerű adatokat keresni ezen kérdésekben, józanon annyit tesz, mint a nyomatókósan követelt egységes fényforrásokkal, spectrographos tárgyasítással és szabatosági lemérő készülékkel dolgozni. Ha ezek vizsgálási eszközökként kezünkbe adva vannak, akkor közvetítésükkel a kiegészítő színek egész tanában reális bázis fog az alanyi kísérletezésnek kiindulásul szolgálni.

Ép úgy lesz az ismeretek mai állása szerint szükségképpen feltolakodó, de megfeleletlen számos kérdésre majd akkor kielégítőbb válasz adható. Ilyen kérdések:

1. hogy a fényforrásokban többnyire gazdagon van meg az ibolyás (E. Kottgen számai ebben nagyon tanulságosak) és színérzésünkben az ibolyás mégis oly gyengén érvényesül.

¹ Ezek ellenében a III. táb. 47—50. sz. a. ábrákban látható színeképmásokra mutathatók reá. Ezek kétségtelen tényeket hoznak szem elé.

² V. ö. a „Farbenwahrnehmungen u. Complementärfarben” fejezetet, Vogel H. d. Phot. II. 244 l.

¹ Wiedemann's Annalen 1894, 53. k. 793. L. még Elster & Geitel: Lichtelektr. Photometer, Wied. Ann. 1893, 48. k. 625.

² V. ö. Vogel H. d. Phot. II. 250 és köv.

³ Monatsberichte d. Berliner Akademie d. Wiss. 1880, 801. l. — idézve H. d. Phot. II. 253. Ha ezek szerint petrólfényt, borus égfényt, kék égfényt és napfényt a zöldsárgában (λ 555) egyenlő világossá tesztünk, akkor a kék színek helyen (λ 444-nél, azaz a kék érzékeny bromézüstnek photogr. maximumához közel) a borus ég 11-szer, a derült ég 50-szer, a nap csak 10-szer (!) olyan világosnak mutatkozik, mint a petróleum.

⁴ „Kellemes” nyilván olyanoknak, kiknek lencsájuk még nem nagyon sárga. Aphakiásoknak mindennek szerint a petrólfény okozna legkevesebb káprázást, tehát nekik nagyon kellemes lehet.

⁵ Sitzungsberichte d. k. Akademie d. W. Wien 1886, 92 k. és Wied. Ann. 1893. 48. k. 305. l.

Igy az Auer-fény zöldnek látszik, holott a kékibolyás benne a zöldet jóval felülmúlja;¹

2. fiatal és öreg lencsék és az egész szemgolyók elnyelési színekei lényeges különbséget, a mennyire ez megítélhető, nem mutatnak;²

3. a hullámhosszak sokféleképpen változó kombinációjánál mégis a fehér fénynek benyomását kapjuk, sokszor még ott is, a hol a színesét várjuk. El kell gondolni a napfény, az égfény, a nappali fény változó összetételét.³ Hogy mennyire hamisítja meg ítéletünk a látszólagosan közvetlen érzéki benyomásokat is, következő tényálladék illusztrálja: nézzünk meg fehér tálat vagy lepelt vörös tüveggel és jöjjünk vele tisztába, hogy milyen színűnek tartjuk, vörösnek, fehérnek, rózsaszínűnek? Mindegyik lehető. Vörösnek látjuk, fehérnek tudjuk, a kettő közvetítésével rózsaszínűnek suggerálhatjuk.

Mindezekből kiderül, hogy kamarás pápaszemekkel a színek felső végét bizvást elvághatjuk annyira, míg végre annak ama határához értünk, a hol tűrhető fehérlátás már határozottan cserbe hagyni kezd.

A látható színek határát az ibolyás oldal felé Widmark⁴ újabban interferenciás spectrummal és 3000 normálgyertya fényerősséggel kimerítő kísérleteket tett. 59 rendes szemű egyén volt mindenféle korból 10—74 évesig. W. hangsúlyozza, hogy a színek láthatóságának határa nem abszolút, hanem a használt fényerőtől függő, relatív értékű volt.⁵ A leg-rövidebb még észrevett hullámhosszúság λ 371, az átlagos határ λ 380-nál vagy azon belül volt. Ez jól egyezik Chardonnet állításaival.

Az eredmények 11 egyén 12 szeméről a 60 éves kortól felfelé jelen munkálatom szempontjaiból jelentősek, mert λ 379 és 410·8 között mozognak, és a számértékben majdnem egyenletesen emelkednek. Az ok bizonyosan a lencse elszárgulása volt, mert 11-nél ezen vizsgáltak közül a határ a színek ibolyás részébe esett. 5-nél kezdő szürke hályog (!) is volt. Itt találkoztunk egy meglepő mondattal: „denn sobald ein Medium eine gelbliche Farbe annimmt, absorbiert es wie bekannt (sic!) kräftig die kurzwelligen Strahlen“. Ezt az ügyet munkálataim sorozatával eléggé tisztáztam, úgy hogy itt csak röviden ismételtem.

Sárga anyagok az 1 elnyelési szabvány szerint,⁶ pl. terpének, olajok, gyanták stb. ellene szólnak a fenti, különben szokásos felfogásnak: az ultraibolyát épen nem erélyesen nyelik el, — igaz hogy a kreosot és az oleum Dippeli még kevésbé. Ellenben anyagok, melyek nem is sárgák, de a 2 elnyelési szabványt követik, alkalmas töménységben és rétegvastagságban az összes ibolyántúlt elnyelik, sőt kívánság és választás szerint bizonyos határokon belül a színeknek tetszés szerinti helyéig teljesen és meredek határolással nyelnek el, mit találni ezen vizsgálataim egyik feladata volt és a mi határozottan többszörösen lehetőségre bizonyult.

Widmark továbbá 4 hályogoperálton is meghatározta a színek látható végét. A látott színek terjedelme jóval nagyobb volt, mint a rendes szemekben, t. i. legalább λ 344·5 és leg-főlebb λ 313, a mi a rendes lencsével bírók átlagosától 380—344·5, illetve 313-ig, tehát 35·5, illetve 67 λ -el különbözik. A színek ibolyás része ennél fogva hályogoperáltakon megnagyobbodott.

A Widmark által közölt részletek és különösen az elméleti következtetések nagy hordóerejűek, azonban azokat az

¹ Auer-fényről közönséges hengerkürtövel E. Köttgen a következő hullámhosszakról (melyeknek rövidítés kedvéért csak döntő számhelyeit említem fel) 67, 63, 59, 55, 51, 47, 43 a tételenként megfelelő viszonyos 0·49, 0·70, 1, 1·41, 1·96, 2·69, 3·56 hozza fel, mely, mint látható, a kék felé nagyon növekedik, míg a vörös felé apad.

² L. az elnyelési színekeket a III. tábla 47—50. és 53—55. sz. a.

³ A fotográfózási kézikönyvei erről rendszeresen egybeállított adatokat hoznak beható buvárlások alapján, kötet száma.

⁴ Mittheilungen aus der Augenklinik zu Stockholm, 1898, I, 33—51. l. (Jena, Fischer).

⁵ Ezt részéről is nyomtatékosan erősíthetem. Még reátérek.

⁶ „Átlátszó sárga anyagok fényelnyelése“ 4-dik ábra, „Szemészet“ 1899. 4. szám. L. ugyanott a 3-dik ábrában a 23. és 24. számokat is.

eredetiben kell elolvasni.¹ Minden esetre köszönő elismerés illeti Widmark tanárt.

Az előbbieket mellé saját kevés vizsgálataimat csak szerénykedve állíthatom. De tartalmaznak apróbb részleteket, melyek tanulságosak és egy először észlelt esetet is, a mennyiben szemről lesz szó, melyet előbb az ép lencsével, azután nélküle vizsgálhattam.

Ilyen esetek nemsokára többen fognak közlésre kerülni.

A vizsgálás eleintén a Hirschberg-Vierordt-féle kettős spektroskopál történt, bár csupán az egyik, az eltolható színek használataival. A kizáró tolót a tengelyre állítottam be és a színek ibolyás végének ennek ellenében mozgathatásával erre a határra irányítottam (visíren) az egybevetést. Csavartam jövet-menet és a leolvasások közepesét vettem. A leolvasott fokokból azután a hullámhosszat szóródási görbével tudtam ki.² Később a Vogel-féle spectrographot használtam és a színek egy bányadt tüveglapon egyenesen megnéztem. Ez a módja a meghatározásnak nagyon kényelmes, kevésbé értelmes emberekkel is. Irónnal a kérdéses helyet megjegyeztetjük vagy kártyalapot adunk a tologatásra és a határ pontos el-fedésére. Utána érzékeny lemezt ugyanazon pontos beállítás-sal rakhatunk be, a fényforrás színekét a felrakott jeggyel együtt eltevés kedvéért előállíthatjuk és így az adatot tárgyiasan leképezzük. Vagy lehet a vonatkozásos pontokat a fényforrás színekének kész lemezén, melyet a készülékben látszó színek fölé gondos egyeztetéssel berakunk, a szélen bekarczolásal megjelölni. Ha mindez sötét szobában történik, mialatt a fényrés a különben csukott ablaktáblának egy ezen célra készült nyílásába szabatosan illesztve van, többen is egy időben színeképítőknek határát összehasonlíthatják. Magam a két szememet hasonlítottam így össze.

Fényforrásul az égfény, 1 mm. résnyitás mellett, vétetett. Az okokat már más helyen elmondottam: minden viszonyulásokat a mennyire lehet a mindennapi élet legközönségesebb körülményeire illően kívántam megállapítani. Ezért az eredmények is ezen szempont alatt ítélendők meg.

A színek látható határának viszonyos volta, mint Widmark kiemeli, már a megvilágítás erőssége szerint mutatkozik. Mutatkozik azonban, mint Helmholtz állította, a szerint is, hogy a többi részeket kizárjuk-e vagy nem. Azonkívül mutatkozik a különbségben, mely beáll a szerint, a hogy a határt a látható vagy a láthatatlan színekprézből jöve meghatározni igyekezzünk. Mutatkozik még a szerint is, a mint a sárga folttal vagy vele szomszédos excentrikus részeivel a látóhártának nézünk, — az utóbbiak biztosabb ítéletet adnak!

A rendes szemekről nyert eredmények a következők:

N é v	A határ a j. sz.		A határ a b. sz.		Meg j e g y z é s
	meg-jelen	eltűnik	meg-jelen	eltűnik	
Dr. Grósz E.	385	390	386	384	a j. sz. 382 is néha, a b. sz. a határ élesebb
Dr. Blaskovics	380	384	mint jobbról		
Ezredorvos Theodorovics	380	390	380	388	
Dr. Leitner ...	365 ?	385	380	385	a j. sz. sokkal elnyúlabb a b. sz. élesebb
Dr. Waldmann	380 — 384	387 — 389	mint jobbról		
Schulek tan. 1897. július 28	401	403	399	405	fáradtságos munkanapon, közben felvéve ³
u. a. 1898. febr. 24	395	396	393	398	a b. sz. elmosódottabb mint a j. sz.
u. a. 1898. márcz. 15	390	391	390	394	ugyanúgy

¹ A „Szemészet“ 1899. 2. sz. 44. l. kivonatot közölt.

² L. „Szemészet“ 1899. 3. számában az 1. ábrát.

³ Ez emlékeztet a látótér terjedelmének ingadozásaira hasonló körülmények között. V. ö. Kiray Arisztid „A kóros színlátóterek megítélésére szolgáló épületi mértékről“ 1889. „Szemészet“ 3. és 4. sz.

A 16 éves Rác Istvánnak jobb szemén 20 D myopia és $v = \frac{6}{30}$ volt. A lencse discissiói után 2 D myopia és $v = \frac{6}{30}$ lett. A színek határa most 385—389, átlagban 388 λ . Bal szemén 18 D myopia, $v = \frac{6}{20}$ és $\frac{3}{4}$ papilla át-mérőnyi conus volt, különben a szemfenék ép; színeképhatára 1897. július 28-án 408—416, átlagban 410 λ ; a műtét és a teljes meggyógyulás után 1898. február 24-én ezen szemén van E , $v = \frac{6}{10}$; a színeképhatár 384—390, átlagban 385 λ , tehát a régebbi állapothoz mérten a színeképek átlagosan 25 λ -el (250 Angström egységgel) tárgult.

Ezen kevés adatból mégis egy és más kiderül, a mi Widmark adataival összevethető és nagyobbára azok mellé sorozható. És pedig a következő:

1. Hogy az értékek valamivel kisebbek, az Widmark adataihoz jól illik, mert az égfénnyel való gyengébb világitásnak felel meg.

2. Minthogy az orvos urak a legjobban iskolázott vizsgálási anyagból valók, bemondásaik a két szem határának különbségéről megbízhatók.

3. Saját észleléseim magamon 3 különböző időben, ingadozásokat adtak, melyeket az előzményekből, a fáradt szemből és idegrendszerből kell kimagyarázni. Egyébként az égfény és a pupillanagyság is változott lehetett. Ezek a sokszor ismételt kísérletekből meglehetősen azok voltak, melyek a szélső eredményeket szolgáltatották. Egy részlet mindig egyformán megmaradt, hogy t. i. a bal szemén a határ elmosódása alantabb helyen kezdődött de felsőbb helyen végződött mint a jobb szemén, tehát elhúzódtabbnak nyilvánul.

4. A rövidlátó R. I. ifjúnál a lenese által előidézett különbségre λ 25 (tehát 250 Angström egység) jut. Ez Widmark leleteihez mérten kevés. Egyelőre azonban csak mint eltérő további adat tudomásul veendő. Még feltűnőbb azonban az, hogy ezen egyénnek színeképhatára egészben alacsony volt; annyira alacsony, hogy ama sorba vág bele, melyet W. a 62 évesnél öregebb személyekről hoz fel. Így az a kérdés is feltöklik, hogy vajon nem minden a fiatal korban aphakiássá lett emberen idővel a színeképek (a többi közegek maradékos fluorescentiájának későbbi enyészésével) meghosszabbodik-e, tehát a fiatal években rövidebb.

5. W. 11 öreg embere közül 5-nek kezdő szürke hályogja volt. Ezen egyének színeképhatáiraival, mely λ 400 körül volt, nem egyezik az, hogy az én 75 éves emberemtől a lencseszíneképek (mely a III. tábl. 50. sz. alatt áll) és az egész szemteke színeképek (mely a III. tábl. az 54. sz. a. nézhető) határa, addig míg élt, csak az L vonalon (381.5) lehetett. Az ő lencséje egyébként R. 6. u. sárga is volt és magja $5\frac{1}{2}$ mm. átmérővel bírt. Itt a W. adatai és az enyének nem egyeznek.

Minden nagy tisztelettel mellett Widmark nagy jelentőségű kutatásai irányában, legyen szabad leplezetlenül szót mondani. Az ő leletei öreg embereknek színeképhatáráról talán még sem tesznek szabályt, habár elégszer előfordulnának is. Úgy látszik ugyanis és logice következik is abból, a mi itt a hályogos lencsemagokról való tárgyalás alkalmával elmondott, hogy a magzsugorodás és ennek következményében a hályogképződés fokozott fényelnyeléssel karöltve jár. A színeképek megszükülése tehát a készülő szürke hályognak első jele látszik lenni. W. esetei közül azoknak fele számában a hályog kezdete már látható is volt. Az esetek másik felében is már végbemenő lehetett az, a miről itt szó van, t. i. az előkészítés a szürke hályogra. Igaz, hogy a jogosultság teljes látszatával ez ellen hangsúlyozni lehet, hogy 11 véletlenül összeverődött eset nem valószínűen vehető mind egyformán egy és ugyanazon megbetegedés leendő áldozatának; hogy kezdő szürke hályog 5 személynél 11-ből már magában véve nevezetes véletlenség; hogy 11 eset csak inkább bizonyít szabályt mint egyetlen 1 eset. Helyes.

En azonban kezdő lencsezavarodást számos esetben láttam öregeken, mely éveken át közel állandó maradt, úgy hogy az emberek operálás nélkül el voltak halálukig. Legfeltűnőbb volt ez nekem saját rokonaimnál. Az előbb feltételezett

nevezetességnek ellenébe tehát egy legalább épen oly számú, de valóban előfordult nevezetességet állíthatok, hogy t. i. több mint egy tucat személyes és házasság útján szerzett rokonom, tehát egymás közt nem is mind vérrokon (mostoha anya, nagybátya, nénék stb.), majdnem mind és évek során át tudtokon kívül valamieske lencsezavarosságot mutattak fel és meghaltak, 1—2 kivéve, panasztalanul. Számos hályogjelölt mozog közöttünk, kiknél döntő vizsgálásra nem kerül a sor, annyival kevésbé fejlődik a dolog műtevéssé. Az előbb említettek közül alig valamelyik került volna észlelés alá, ha a személyes közelség nem állott volna fenn. Ezért nem is szoktam az ilyen kórismét feltolni, ha a körülmények szerint hallgatnom is lehet. Hiszen mulasztás vagy valamilyen vád ilyen esetben nem fenyeget.

Ezt a pontot annyival szükségesebb volt taglalni, mert főnebb elmondott nézeteim folyamán azt képzelem, hogy talán öregeknél a szürke hályognak ezen készülődéses szakaszát a színeképek a H vonalig és alája megrövidültségéről lehetne már felismerni. A kórisme megtevésére van az a könnyen kezelhető vizsgálási mód a spectrographon kigondolva, melyről előbb említés volt. Az idejekorán történhető felismerés jelentőséggel bír. Mert ha az öregkori hályog nagyrészt az ibolyántúli fénytől származik, melyet a lencse most, mióta sárga és kemény lett, mohón felszív: akkor nagy ideje, hogy a valódi hályogképződést jó hosszan kitoljuk ultra-ibolya ellenes pápaszemek állandó viseltetése által.

Hogy az aggastyánok színeképek-végével miképen áll az ügy, az elég hamar tisztára derülhet. Widmark talán hályogoperáltak másik szemét vizsgálta. Ez esetben az ügyállás eleve tisztán meglátszanék: ezek a szemek már nem is ép szemek voltak. A 12 öreg ember szeméi közül az, a melynek színeképe a legrövidültebb volt, annak idején, ha műtésre kerül, a legsötétebb, mindenesetre pedig vöröses (talán R. 4, 5, 6 és r , s , t , u vagy hasonló) maggal bírónak fog kiderülni. Hogy minden aggastyán olyan színeképhatárral bírjon mint az ő eseteinek a legtöbbje (9 a 11-ből) és hogy minden embernek végezetül hályogossá kell válnia, azt mégsem lehet egyszerűen feltételezni.

Az előadott tényekből még némelyekben egyéb gyanítás is meríthető.

A 10—55 éves élőkön nyert, — Widmark bőséges vizsgálatainak eredményeképpen most már mondhatjuk, hogy — átlagos és rendes leletek visszakövetkeztetni engednek a látóhártyának ezen ügyben negatív physikalis befolyására.

Lehet ugyanis a közegek együttes színeképet felvenni, azután a lencsét magában színére és elnyelési színeképre vonatkozólag megvizsgálni. Ennek a két színeképek összehasonlítása mutatni fogja, hogy a lencsén kívül még valamelyike a közegeknek lényegesen elnyel-e. Ha ennyire vagyunk, akkor a két színeképet továbbat az átlagos közönséges színeképpel lehet összehasonlítani. Ha így sem mutatkozik különbség, akkor a látóhártyának physikalis befolyása ezen a vizsgálatnál használt fénynek összetételére ki van zárva, ellenkező esetben kimutatva.

A Widmark által használt különösen erős megvilágításnak köszönhetjük csakugyan a munkájának vége előtt közölt általános jellemű levezetéseket. Közönséges égfénnyel használatával nem lettek volna nyerhetők. Nélkülözni őket semmiképen sem szeretnők.

Továbbá gyanítani lehet, azaz az öregkori hályogképződésről előadott nézeteknek következményeképpen várni lehet, hogy városiak hályogmagjai világos sárgák, falusiaké sötétebbek és narancsszínűek lesznek. Szobatudósoknál pl. rendesen világos, hajózőknél, földmiveseknél stb. sötét hályogmagokkal kellene találkozni. A barnasötét cataracta fusca s. brunea öreg rövidlátókon jól egybevág azzal, hogy myopiás tárg pupillájuk annyi éven át sok fényt beáramolni engedett.

Továbbat talán a mag rétegzésének finomabb viszonyai-ban vonatkozások a fény neméhez, melynek a beteg életének különböző szakaszaiban kitéve volt, lesznek kimutathatók. Így azután a fénybehatásnak múltja a következményekkel

együtt a magnak rétegeiben anatomicae illetve physice kifejeződnek. A lencseforgót (Wirbel) is azon szempontból vizsgálni kellene, hogy bonczatani viszonyai az előadott elmélet felállításának ellene nincsenek-e.

Végezetre egyenlő nagy daraboknak két különböző lencse vagy legalább hályog magjának közepéből a szín sötét-ségével növekedő sűrűséggel (fajsúlylyal) kellene birniok.

Ezen még ellenőrizetlen gyanításokat csak azért említem meg, hogy vizsgálásukra a figyelmet felkeltsem.

Kamarás pápaszemek.

Schulek Vilmos tanártól.

Miután előző értekezéseimben¹ tárgyaltam, hogy az ibolyántúli fénynek elnyelésére milyen anyagok ajánlhatók, physikalik tekintetben hogyan hatnak, a szem elé milyen alakban alkalmazhatók, sőt hogy az élettani viszonyok, melyek tekintetbe jönnek milyenek: befejezésül még a készítésre és a gyakorlati alkalmazásra vonatkozókat kell előadnom.

Hogy egészségeseken és betegeken a fényvédésről kísérletek tehetők legyenek, rajta kell lenni, hogy az új védőszer elfogadható alakban, biztosított minőségben, és mint vásárrépes, tartós árú a közforgalomban rendelkezésre álljon.

A főjelentésben tárgyalt valamennyi anyag közül erre teljesen csak kettő alkalmas. Az egyik a triphenylmethan xylolban oldva, a másik a nitrobenzol alkohollal keverve.

1. Triphenylmethan xylolban 35:100 arányban kell venni. Ez szüntelen és ilyen marad. A kamara egyelőre 2-5 mm. mély és a pápaszem 4-5 mm. vastag legyen. Törekedni kell azonban ezen méretek felére. Ilyen alakban a pápaszem feladata első sorban az ibolyántúli fénynek elvágása. Általában is a kipróbálásra és ép szemek hygieniás védelmére szolgáljon. Az elnyelő hatás az I. tábl. 10. és III. tábl. 44. b. száma alatt látható. Mivel az ibolyás színjátszás zavaró lenne, ennek csökkentésére 10 cm. oldalra 1 csepp nitrobenzol adható.

Párirányosan amazzal középszürke üvegek álljanak rendelkezésre, melyek szintén triphenylmethan xylolban, mint 35:100 tartalmazzanak. Az elnyelő hatás a III. tábl. 44. c. ábrában nézhető. Ezen szürke pápaszemeknél a nitrobenzol hozzáadás egyelőre maradjon el, ha csak a gyakorlati próbálás azt később nélkülözhetlennek nem mutatná.

2. Nitrobenzol 1:4 alkohollal 0-5 mm. rétegben két lehetőleg vékony üveglap közé fogassék. Ez szintén, mint a fenti, szüntelen és középszürke üvegekkel, tehát 2 változatban, rendelkezésre tartassék. Ezekből a szüntelennek hatása az I. tábl. 4. ábrájával volna egyenlő. A szürkészínűnek még azonfelül olyan általános fénygyengítő hatása is volna, milyent a II. tábl. 32. ábrája mutat.

A triphenylmethan-pápaszem készítéséről tárgyalások folynak. A nitrobenzol-pápaszem egyelőre még nem lesz kapható, mert előbb műszaki tapasztalások szükségesek, mielőtt a gyárártól ilyen subtilis dolgok előállítását követelhetők.

Mint vásáros árút, többet most már kilátásba venni nem tanácsos.² Úgy az orvosi megfigyeléseket, mint az üzleti viszonyokat zavarná, ha ujságokban új (még be sem vált) szemvédelemről feltolakodó módon híresztelés történnék és a készítés a szabad versenynek kiszolgáltatnák.

Az említett fajták mellett, melyek a nagy közönségre vannak számítva, még üres kamarákat, szín nélkül és középszürkén, tetszés szerinti töltésre, buvárlók számára, kell készletben tartani.³

Az eddigi tapasztalásokról való közlés az ügyállást felvilágosítani fogja.

Eleintén nem akart sikerülni, hogy valamennyire használható kamarákat kapjak. Végre a bécsi Fritsch cég az ügyet kezébe vette és az üres kamarás szemüvegeket szállította.

¹ Lásd „O. H. Szemészet“ 1899. 1—6. sz. és 1900. 1. számát.

² A mint első tájékozás nyerve lesz, a szürke színezésnek finomabb lépcsőzéseit kell majd előállítani.

³ A szükséges lépések szabadalmi jogok szerzésére megtörténtek.

Ezek miniummal és lenolajjal voltak hermetizálva. Triphenylmethanra xylolban ez elfogadható. Nitrobenzolra alkohollal nem. Az utóbbi számára Rathenowból, Magdeburg mellett, rendeltem folyós üveggel elzárt kamarákat. Ezek nem váltak be, mert a folyadékot kieresztették.

Daczára a sokszoros megrendeléseknek és a magam által végzett megtöltéseknek maig sincs (1900. tavaszon) maradélag használható kész példányom. Némely szemüveg hamar, más később lett áteresztő. Néhánynak egyik fele kifogástalan maradt már több mint 1 év óta, úgy hogy belőlük két felet egy példánnyá összeforrasztani még lehetne. Ez kilátást nyit, hogy ha majd a töltés műszakilag avatott kezekbe kerül és ha a töltésre szolgáló nyílást véglegesen beforrasztatni fogjuk, vásárra vihető árút előállítani lehetséges leend. Olcsó ez kivált kezdetben épen nem lehet.¹ A vázolt nehézségek okai annak, hogy eddig betegeken kísérleteket nem tehettem.

A tervezett nitrobenzol pápaszemekkel ezért lesz még egy ideig fennakadás. Elsőben is új záró anyagot kell keresni. Azután a készítést aprólékosan kell tanulmányozni, mihez a gyárosoknak időt kell engedni. De meg ezek számára a bizonyítékot kell előbb szolgáltatni, hogy a kamarás pápaszemek egy nagy szükségletet fognak kielégíteni. Ezt a bizonyítékot pedig nekik nem elméleti fejtegetés, hanem minél bőségesebb kelendőség adja meg. „Az ipar mindent kiteremt, a mi magát megfizeti.“

A kamarás pápaszemeknek minden esetre boltozott alakúaknak kell lenni, a teljes fényvédés okáért. Amde a nitrobenzolos pápaszem nagyon vékony is legyen. Gondolatban lehet $\frac{1}{3}$ mm. az elülső, $\frac{1}{3}$ mm. a hátulsó üveget és $\frac{1}{3}$ mm. a kamara mélységét, tehát az egészet csak 1 mm.-rel, vagy mondjuk (hogy a szürke színezés számára a szükséges rétegvastagságot megadjuk) 1-5 mm.-rel számítani. Ezt öblös üvegekkel teljesíteni nehéz lesz, midőn már a laposokról azt írta a gyáros: „die gewünschte Dicke der Gläser von 0-3 mm. konnte mit Rücksicht auf die Zerbrechlichkeit beim Einsetzen in die Brillen, wobei ein gewisser Druck angewendet werden muss, nicht eingehalten werden.“

Ha még vékonyabb kamarákat kívánunk, nitrobenzol 1:2 alkohollal vehető; ekkor a rétegnek 0-25 mm. kell lenni, hogy a főjelentésbeli oldatnak 1:25-hez 2-5 mm. rétegben megfeleljen. Még töményebb oldatot nem szabad venni, mert csak a hozzáadott kétszeres mennyiségű alkohol² vagy még jobb xylol vagy toluol az, mely a fagyponthoz elég mélyen 0° alá hozza (a nitrobenzol maga + 3°-nál már megfagy). Ilyen rétegek számára a két (most nagyon vékony) üveg közé nagyon alacsony (0-25 mm. vastag) gyűrűt kellene illeszteni és az egészet mint egy közös testet a keretbe szorítani.

Üveggolyót meleg, puha állapotban laposan homorúra nyomni és az utóbb megtöltött közt véglegesen elzárni a kivitelnek egy további módja volna, melynél a pápaszemkeretbe hermetizálás szintén elesnék.

Az úgy most úgyiszlóvan körforgóban van: forgalomba adható pápaszem nélkül orvosi kísérletek nem várhatók, és orvosi kísérletek nélkül a gyárosok nem biztathatók, tehát kifogástalan pápaszem sem létesül. Ezen holt ponthoz érve, vált szükségessé, hogy munkálatommal a szakkörök elé lépjek. Az ő véleményük ad majd a gyártásnak irányt.

Mellékes megjegyzések a tájékozást még jobban adhatják meg. Légzáró anyagokul az alkoholos nitrobenzol számára

¹ A triphenylmethan 10 gr.-ja 2 márka 80 f. Az üres pápaszemet Fritsch Ferenc udvari látszerész Bécsben 15 forintért szállítani ígérkezett.

² A világosságnak hatásáról nitrobenzolos alkohol-oldatra G. Ciamician és P. Silber így írnak (Ber. d. chem. Ges. 19. k. 1886. évf. 2899. l.) többek közt: nitrob. alk.-oldat 5—6 hónapi napsütés alatt erősen megbarnult és gyengén elsavanyodott. Higitott kénsavval kevertük és lepároltuk. Az első átmenő részekben aldehid foglaltatott. A későbbi átmenő részekből a nitrobenzolt majdnem teljesen megkaptuk. A redectio tehát csak keveset haladtott volt. A maradékban anilin volt kimutatható. A nitrobenzol redectioja az aldehid fellépésében találja magyarázatát. — Az I. tábl. 4. ábr. álló szinkép bőven 2 évig álló folyadéktól van és az, mint látható, absorptiójával még jól megfelel. A tárgyat azonban figyelemmel kell követni, és inkább xylolt használni.

talán paraffin szolgálhatna, kaucsuk és collodium nem, xylolhoz pedig schellack. Mindezzel azonban maradópápaszem még sem állítható ki. A tartósság hiánya és magas ár pedig nagy hátrányok. Üvegfajtának az a legjobb, mely minél több ultraibolyát elnyel. Triphenylmethanból egy kamarába 2·4 kem. oldat kell, melyben a triphenylmethan maga $\frac{1}{4}$ tesz.

A kamara teriméjét és mélységét az elhasznált anyagból lehet kiszámítani. A köbtér $K = r^2 \pi \cdot M$; hol M a henger magasságát, itt a kamara mélységét jelenti, és r az üveg fél-átmérője $= \frac{3\cdot5}{2}$; a most ajánlott triphenylmethanos pápaszemen tehát:

$$M = \frac{k}{r^2 \pi}; 2\cdot5 \text{ mm.} = \frac{2400}{960}, \text{ azaz kerekén} = 2\cdot4 \text{ kem.}$$

A szürke színezést az oldatban is lehetne létrehozni. Ez irányban megkísérletem Mercktől: nigrosint in aqua, alkohol, benzol; indulint in aqua, alkohol; resorcinfeketét in alkohol; brillantfeketét és mélyfeketét alkoholban; magfeketitőt vízben; lámpafeketét vízben. Csak az utóbbi volt hígításban mellékszin nélküli valódi fekete. Jobbnak tartom a megszínezést most még az üveg anyagjában megtéetni.

A súlyt illetőleg közönséges olvasó pápaszem szárufogalványban 13 gr., utcai szemüveg aranykerettel $12\frac{1}{2}$ gr., hályogszemüveg acélkeretben 20–25 gr., a kamarás pápaszem 25–30 gr. nyomott.

A kamarával, mely a fényelnyelő anyagot tartalmazza, minden nehézség nélkül látásos correctiót is lehet egybekötni. Fritsch úr ilyen szemüvegeket szolgáltatott + 10 D-val hályogoperáltnak, + 1·5 D-val az utcára és + 3 D-val az olvasáshoz nekem, — 2·75 D-val egy rövidlátó barátomnak, és egyet kettős kamarával. Az utóbbiból az egyiket anaktinos, a másikat antithermás oldattal töltöttem meg, hogy egyszerre az ibolyántúli és a vörös alatti sugarakat kizárjam.

Ebből kivehető, hogy a meleg sugárzás ellen is lehet védőpápaszemet szerkeszteni. Legalkalmasabb ezen célra nem az érdemetlenül hirre jutott timsó, hanem a sokkal erélyesebben ható vaschlörür és a vassulfat.¹

Az elnevezést, illetőleg az itt tárgyalt védőszemüveg-fajtát legjobban az „anaktinos” jelzővel lehetne a mai kor mivel közönségének megértésére hozni, mert még az a téves felfogás az uralkodó, hogy a chemiai hatás a színek egy részének, a felső végnek, a tulajdonsága. Minthogy azonban ez a nézet már teljesen tarthatatlannak van a tudomány mai színvonalával bizonyítva,² jobb azt a jelzőt egészen elejteni és inkább védőszemüvegekről az „ibolyántúli fény ellen” beszélni.

A kérdés, hogy valamelyike ezen szemüvegeknek a színeképet valóban a H vonalnál elvágja-e, következőképen döntendő el. Hogy a színeképszéle nem a H vonalon alul, tehát a színeképlátható részében történik, már a megnézés által nagyjából el van döntve. A színezésnek hiánya vagy a sárga- vagy barnaszínezés legfeljebb egy nyomának jelenlétele nyilvánvalóan mutatja, hogy a színes spectrumból semmi lényeges sem hiányozhatik. Nehezebb az elenkező kérdés megfelelése. Valamieske sárga színezés épen nem bizonyítja, hogy az ultraibolya el van vágva. (Általában semmi fajtája vagy erőssége a színezésnek nem bizonyítja azt, mint összes eddigi közleményeim adataiból sokszorosan és kétségszövedhetlenül kiderül). Határozott módon az a felvetett kérdés csak az elnyelési színeképspectrographon előállításával oldható meg. Ha erre alkalom nincs, a pápaszemet fényérzékeny papírra lehet tenni, és mintegy $\frac{1}{2}$ óra múlva az eredmény után nézni. Az üveg alatt a barnulásnak sokkal gyengébbnek kell lenni, mint köröskörül. Egészen ki nem maradhat a barnulás, mert hiszen a kék és ibolyás is áteresztődik és photochemiásan hat.

Még jobb ellenőrzés az volna, hogy a pápaszemen át

fényt egy színjászó de szintelen oldalra, pl. chininbisulfatra, aesculinra, vagy más vele egyező anyaggal töltött pápaszemre eresztünk. A másodlagosan világított anyag színjászása így félbeszakad. A jelenség oka világos: ha az ibolyántúli fény valóban kirekesztve van, színjászást sem idézhet elő, és a nevezett szintelen anyagokon majdnem egyedül az ultrafény kelti fel a színjászást.¹

Az ultraibolya ellen védőszemüvegek használatára vonatkozó javaslatokat egyelőre csak elméletileg állapíthatnám meg, de felsorolom.

1. Munkálás erős villamos fénynél, magnesium-lámpával, és hasonlóknál.

2. Buvárlások ríktó világítás mellett, a naptányéron; mikroszkopálás mesterséges fény mellett, ha az nem szabályozható; turisták jégmezőkön, festők szabad ég alatt; hivatás-szerűen hajózők.

3. Munkálás fénysugárzó tűznél, hámorokban, kohókban, melyeknek káros hatását eddig csupán a sugárzó melegnek tulajdonították.

4. Minden lobos megbetegedés a szemgolyó elülső részében, kivált minden hevesebb szempillalob és kötőhártyagyulladás, azután a keratitis, iritis, scleritis, chemosis stb., Widmark kísérleti leleteinek értelmében.

5. Talán rőphartyák általában és haladók mindenekelőtt,² ha ingerlése állapotban vannak és egyelőre enyhe szerek által megbékítendőknél.

6. Chorioiditis és retinitis acutánál.

7. Mint védelem a megkáprázás ellen minden szembetegségre hajló személynél.³

8. Cataracta incipiensnél; olyanoknál, kiknek egyik szemükön már hályog van; kik hályogos szülőkől származnak; kiknek színeképtük már nem terjed a H vonalon túl.

9. Minden aphakiásnál, domború üveggel kapcsolatban. Az ilyenek számára sárga R. 7. u. felszínréteggel (Überfang) bíró domború üveg vételessék a kamara elülső falául, sőt az operálást követő első időkben Fieuzal pápaszem viseltessék.

10. Talán némely iridectomiáltak.

11. Erythropsiával bírók.⁴

12. Neurastheniások és photophobiások.

Kamarás pápaszemeket mindenféle töltéssel, végül azonban csak az előbb ajánlott triphenylmethannal töltötteket magam is sokat viseltem. Az első kísérletre kíváncsi, de

¹ L. „Szemészet” 1893. 1. sz. 3. lapon a Hagenbach megrajzolt adatait, melyek az itt érintett tényállást még épenséggel kedvezőtlenebbnek tüntetik fel, mert ott vastag rétegek működtek.

² Krienes, mint már egyszer említettem, azt imputálja nekem („Einfluss des Lichtes . . .” 1897. Halle. Sammlung von Vossius II. 2/3, 41. lap), hogy az ibolyántúli fénynek gyülekezését a száruhátyán levő idegen testek mögött tetelezem fel. En azt állítom, hogy az idegen testek oldalairól részsütosan a száruhátyára vetődik a fény és így hathat be a szövetbe. Ezt félreérteni alig lehet, kísérletileg ki is mutattam, utánvizsgálni egyszerűen lehet. V. ö. „Ungarische Beiträge” 1895. 1. köt. 64. l.

³ V. ö. Hermann Cohn: Hygiene d. Auges. 1892. 625–648. és az irodalmi hivatkozások 811–813. l.

⁴ Fuchs Ernő kijelenti (Gr. A. f. O. 1896. 42. k. 205. és k.) meggyőződését, hogy az én kísérleteim (Ung. Beitr. 1895. 1. k. 101. l.) „általában nem alkalmasak az erythrophia előidézésére” (223. l.). Bajos valakire egy érzéki benyomást, mely neki nem volt, reabizonyítani. Eltekintve, hogy ez esetben rajtam kívül sok más személynek is tévedésben kellett volna lenni, F. nem adja elő meggyőződésének okait, hogy miért nem jöhetne létre kísérleteimben az erythrophia tünetmánya. Sőt az ő részletezései az ibolyántúli sugaraknak vonatkozásáról az erythrophia származásához (288. l.) inkább a kétségszövedettség mellett szólnak.

Elvben talán egyet fog velem érteni Fuchs Ernő tisztelt tanártársam abban, hogy ha az ibolyántúli fény erythropsiát okoz és a többi színek az ultraibolya nélkül erythropsiát nem okoz, az erythrophia az ultraibolyás ingerlésnek következménye. De meg világosan körülírt kísérleti tényezőkkel nyert felismerés mindenestre magasabb logikai érdemben áll, mint a különben nagyon megbecsülendő és minden további kutatásnak nélkülözhetetlen alapját tevő statisztikai összeszámlálás, nemkülönben mint a leíró semiotika, melynek érdemltségét ezen esetben azért kétségbe vonni sehogysem kívánám.

Hogy az erythrophia pótlási folyamattal áll kapcsolatban, tehát önmagában nem kóros folyamat, szintúgy hogy hőmezők megtekintése által a jelenséget felidézni lehet, azt én E. Fuchs előtt elmondám, bár erről munkálatában nem tesz említést, pedig nála lényeges pontként szerepel.

¹ V. ö. Zsigmondy Richard: Wiedemann Annalen 1893. 49 k. 531. l. és 1896. 57. k. 637. lap.

² V. ö. Ostwald, Allgem. Chemie II. 1027. l. — Nernst, Theoret. Chemie 1898. 678 l. és köv. — Roloff, Zeitschr. f. physik. Chemie 1898. 26. k. 3. f. — Továbbá Eder és Vogel, kézikönyvek a phot.-ról.

azután csatlakozva valék. Így volt ez más személyekkel is. Az egyéni benyomás azonban mindinkább másként alakult.

Sötét helyről a napfényes utcára kilépéskor észrevehető könnyebbülés volt, ha a szintelen triphenylmethan pápaszem és közönséges füstös szűrővel összehasonlítva felette kellemes érzés volt, ha a szűrő triphenylmethan szemüveget feltettem. Hajózáskor a különbség még feltűnőbb volt a kamarás pápaszem javára. Vele a verőfényben olvasni, a nap ellen alkalmatlanság érzése nélkül kocsizni, a szabadban heverve olvasni lehetett, a mi szemellenzővel vagy a Schmidt-Rimpler-féle periferiát védő bádoggal-készülékkel sokkal kényelmetlenebb, mert ezek a látótérben korlátoznak. A magnesiumlámpa és a napfény spectrographáláskor nem kápráztatott meg. Ezt a Fieuzal-pápaszemmél is el lehet érni, csak hogy a finom felismerés feláldozásával, mint a „színes szemüvegek” című értekezésben felhozott számadatok is mutatják.¹

Kocsizáskor déli időben és szűrő napfény mellett az erythropsianak ama tünneménye, mely a magam elé tartott nyomtatványnak minden betűjét vörösnek láttatja,² nem mutatkozott, vagy esetleg csak a széleken, a pápaszem hatókörén kívül. Ha a pápaszemet arra igazítottam, el is tűnt. Ívlámpák fénye nem sértett többé. Alkonyatban úgy mint minden pápaszemmél fokozott sötétülést lehetett reá figyelmeztetve észrevenni. Kis recidívái egy régebbi szemhurutnak most egészen kimaradtak.³

Az ibolyántúli fény állítólag a ragályosságot kevesbíti az által, hogy a fertőző csírákat gyengíti. Ez azonban alig lehet komoly kifogás a fényvédő pápaszemek viselése ellen.

A spectrographos fényhatásból nem lehet az élettani kímélésre egyenes párhuzamot vonni vagy talán épenséggel számszerű mértéket felállítani. A photochemiás folyamatban egy adott mennyiségű anyagon megy végbe a változás. A látási művelet viszont anyagot bomlaszt, mely folytonos újraképződésben van.

Néha Helmholtz „Physiologische Optik”-jának egy tételére hivatkoznak, hogy az ibolyántúli fénynek nincsen hatása a látóhártyára. És ebből következne, hogy védelem az ultraibolya ellen nem szükséges. Azonban Helmholtz ezen kiejeléssel „nincs hatása”, voltaképpen csak a látásra vonatkozó hatást érthette, mert más hatásról az ő művében nincsen említés. Ennélfogva az egyéb ingerhatást nem tagadta. Hogy az utolsó kiadásban Widmark munkálatairól említés nincsen, az természetes, mert kóros állapotokra elvileg nem terjeszkedett ki.

Akárhogy fog is az ibolyántúli fény ellen itt ismertett védő szemüvegek felhasználásának ügye alakulni, annyit biztosítással lehet állítani, hogy physikai segédeszközt képeznek, mely betegszeműeknél a fény szabályozásra rendelkezésül áll.

Ha számot kívánunk adni arról, hogy a sugárzó energiának milyen mennyisége és minősége jut el látóhártyánkig, a következőt találjuk.

A napfényt O. Tumlirz⁴ szerint saját magában 1020 quadrillio fényegység pótolhatja. Ebből mintegy 500,000 fényegység beárad a mi légkörünkbe. Elnyelés által megfogyva, július hónapban délben esetleg 60—70 ezer, télen 5—6 száz egység jöhet látóműveleteinkben felhasználásba. Ebből zárt helyen a munkánál többnyire jóval a 100 alatt levő, sőt nagyon borús napokon csak 2—3 egységet tevő maradékot kapunk.

A mi a fénylengéseket hullámhosszak szerint illeti, Cornu és Mascart⁵ kimutatták, hogy minél magasabbra emelkedünk légkörünkben, még annyi kisebb hullámlengések fordulnak

elő. Ugyancsak kimutatták azt is, hogy az elektromos szikra legkisebb hullámhosszai 0.10 μ kicsiségben és még alatta is a légüres térben is alig nagyobb távolságra mint 1 m., sőt csak 0.1 m. mutathatók ki, azontúl már elnyeletnek. Ez sejtelmet ad, hogy a naptestből előtűnk megfoghatatlan kicsiségű lengések a többi nagyobb fénylengésekkel együtt áramlanak ki, melyekből a légkörünkbe érkezéskor már kevés, a saját rétegünkben pedig már épen semmi sem marad meg. Így azután mint legkisebb fényhullám a minket érő napfényben már csak a 0.30 μ nagyságú, a színek *S* és *T* vonalainak vidékéből található még. Ezen lengések lefelé a 0.3968 μ nagyságig, a színek Fraunhofer *H* vonaláig, azok a melyekkel ezen munkálatnak ügye volt.

Az épen említett lengések azok, melyek a szem elülső szakaszában, ha erősek, mindenféle háborgásokat¹ okoznak, mint Widmark és Ogneff bizonyítják. A lencsében azután visszamaradnak és benne mérsékelt erősségük esetében is a folytonos hatás következtében, mint kimutatni igyekeztem, lassan megnövekedő változásokat okoznak.

Hogy a szintelen fénysugaraknak ezen a felső színek tájékából még meglevő maradékát ártalmatlanná tesszük, úgy szintén hogy a mesterséges fényforrások ilyen fajtájú lengéseinek esetleges bősége ellen védekezhessünk, lettek az ezen értekezésben végre ajánlott védő szemüvegek az ibolyántúli fény ellen kigondolva.

A fénynek vegyi kioltását (extinctio chemica) célozzák, a mennyire az látásbeli kioltás (extinctio optica) nélkül lehetséges.²

A száruhártya felhámlazulása.

Szili Adolf tanártól.

I.

1897-ben megjelent kórházi kimutatásomban, a száruhártjának egy sajátosság megbeszédéséről értekeztem,³ melynek kórképe, az addigi irodalomból itélve, nem látszott eléggé ismeretesnek. Az idézett kimutatás azonban csak korlátozott számú példányban jelent meg és így nem volt mindenki számára hozzáférhető; azonkívül a rendelkezésemre álló hely is szűkebb volt, semhogy ezen betegség létrejöttének oka és módja fölött nyilatkozhattam volna. Már ez magában véve elég ok arra, hogy ezen első közlemény után, nemsokára újból behatódobban foglalkozzam e tárggyal. Most azonban még más okok is indítanak arra. Első sorban saját megfigyeléseim száma, kórházi jelentésem összefoglalása óta (1896), lényegesen felporodott, de azonkívül a jelzett idő óta más oldalról is figyelemre méltó dolgozatok jelentek meg, melyek egymás között eltérő nézeteket vallanak és így részben az enyémmel is ellentétesek. Ha nem is tagadom, hogy ezen utóbbi körülmény is részszer bir elhatározásomban, hogy oly korán megint ugyanazon tárggyal foglalkozzam, főczélom mégis az, hogy figyelmet keltsek a sajátosság száruhártýabántalom iránt, és illő tekintetbe vételt biztosítsak neki a szemészetben.

Klinikai jelentésemben, melyet szerkesztési okokból általában irodalmi adatoktól menten kellett tartanom, arra szorítkoztam, hogy az általam leírt eseteknek identitására reámutassak azokkal, melyekről egyes szerzők azt jelentik, hogy felületes száruhártýasérülések látszólagos teljes gyógyulása után, időnkint az eredetileg sérült helyen, külső ok nélkül, többé-kevésbé heves izgalmi tünetek alatt, újból felhámlázások lépnek fel. Behatódobban megtekintésnél azonban kiderül,

¹ 1. „Szemészet” 1899. 6. sz.

² V. ö. Ungarische Beiträge z. Augenh. I. k. 109. l.

³ Keletkezett, miután szembenálló házat leromboltak és a nap lakásomba idefelé bővebben besütött. Akkor begyakorolni lehetett annak észrevevését, hogy az ablak hátamban csukva és így az ultraibolya kevesbítve van-e vagy nem.

⁴ Mechanisches Aequivalent des Lichtes, Wiedemann's Annalen 1889. 38. k. 640. l.

⁵ Traité d'Optique, Paris 1893. III. k. 373. l. Absorption dans l'ultraviolet. — V. ö. Winkelmann H. d. Physik. 1894. II. k. 429. l.

¹ És melyeket sokkal behatódobban megismerni különösen a kór-szöveti következmények tekintetéből igen nagyon kívánatos.

² Az egész fényhatástani értekezéssorozat főbb eredményei előadattak a m. tud. Akadémia 1899. ápr. 17., máj. 15. és jun. 19-diki ülésein, valamint a m. k. budapesti orvosegyesületben az 1899. márcz. 18., április 22. és június 3-diki szakülésen.

³ Jelentés a pesti izr. hitközség kórházának szembeteg-osztályáról, különös tekintettel az utolsó hat évre. Szerkesztették Szili Adolf dr. és Fejér Gyula dr. Budapest, 1898., 33. l.

hogy a kórlefolynak valódi típusát még mai napig sem ismerték fel helyesen.

Nem kételkedem, hogy *Edmund Hansen* már 1877-ben csakis ilyen esetekről emlékezett meg, midőn az általa úgynevezett *Keratitis vesicularis neuralgica intermittens* kórképét leírta. Sajaúlatomra nem sikerült az eredeti közleménybe betekintést nyernem. Az itten idézett megnevezése a betegségnek és azon pár sor, melylyel a *Nagel*-féle „Jahresbericht“ *Hansen* megfigyeléseiről jelentést tesz,¹ arra enged következtetni, hogy a bántalmat peripheriás idegmegbetegedésnek tartja.

Ismeretes továbbá, hogy *Arlt* is említette ezen betegséget; sőt régebbi tanítványai állítják, hogy a mester már a 60-as években figyelmeztette őket azon fájdalmas rohamokra, melyek egyes esetekben felületes szaruhártyasérülések után időnkint fellépni szoktak. Hogy ezen rohamok újabb erosiókkal járnak együtt, csak egy későbbi idevonatkozó közleményből tűnik ki, mely 1874-ben jelent meg.²

Arlt azon pár sorban, melyet ezen bántalom leírására szánt, elég világos képet nyújt róla, a mennyiben az a közvetlen megfigyelést illeti. A fájdalmas rohamoknak különös fellépési módja azonban ezen leírásban érintetlen marad. E helyen említhetem, hogy 1884-ben én is rövid jelentést tettem ilyen bántalomról, melyet saját szememen volt alkalmam észlelni. Behatóbb tárgyalásra akkor nem voltam képes, mint-hogy a roham kedvezőtlen körülményei között az *objectiv* leletet kellően megállapítani lehetetlen volt; de abban az előnyben részesültem, hogy a *subjectiv* jelenségek lefolyását főleg a roham keletkezési módját alkalmam volt jobban felismerhetni, mint a többi szerzőnek, a mi ezen betegség megítélésében bizonyos fontossággal bír. Együttal említeni óhajtom, hogy már akkor, az ismételve magamon tapasztaltakból azon meggyőződésre jutottam, hogy a fájdalmas rohamok, melyek kivétel nélkül az álomból való felébredésnél lépnek fel, csakis mechanikus behatás következményei,³ mely a megkárosodott szaruhártyahelyet éri, midőn szemnyitáskor, az álomban valahogy (párolgás által) szorosabbá lett érintkezés a szemhéj kötőhártyájával hirtelen megszakad.⁴

Csak 1888-ban *Grandclément*-nak közleményei által lett a figyelem valamivel tartósabban ezen betegségre irányítva. Ezen szerző először a *Société française ophthalm.* azon év május 8-dikán tartott ülésében több, általa észlelt, idevágó esetről tett jelentést.⁴ Fontossággal bír főképen az, hogy a bántalom kivétel nélkül csak igen felületes szaruhártyasérülések és azoknak látszólagos teljes gyógyulása után lépett fel, valamint, hogy a fájdalmas rohamok csak éjjel, álomban, többnyire reggel felé állottak be, de sohasem nappal éber állapotban. A fájdalom többnyire gyorsan muló volt és a szem izgalom nélküli maradt. Minthogy *Grandclément* azon esetekben sem, hol a fájdalmasság 3—4 napig fennállt, nem látott a szaruhártya felületén elváltozást, legfeljebb olykor az eredeti sérülés helyén igen finom zavarodást: a bántalmat *neuralgiának* tartotta, melynek alapjául a sérült szaruhártya-idegvégeknek neuritisét vette fel.

Grandclément fejtegetését követő eszmecsereből említést érdemel első sorban *Martin* ellenvetése, hogy ilyen neuritis jelenlétének a többé-kevésbé hosszú intermissiók teljes fájdalomatlansága nem jól érthető, továbbá *Prouff* észrevétele, hogy a roham alkalmával valószínűleg mindig a szaruhártya-felhám bizonyos fokú kikopása van jelen, mely sokszor csak igen gondos vizsgálatnál tűnik fel és melynek kiderítésére a keratoskop alkalmazását ajánlja. *Lasalle* állítása, hogy *De Wecker* ezen betegséget már a *Thérapeutique oculaire* című művében leírta vala, nem felel meg az igazságnak.

Grandclément a bántalmat *keratalgie traumatique*-nak

nevezte és felfogását még két újabb közleményben is megállapítani iparkodott.¹

1889-ben *Bronner* adott alkalmat arra, hogy ugyanezen tárgy fölött az *Ophthalmological Society of the united kingdom* június 13-dikán tartott ülésében vitatkoztak.² De nem minden eset, melyet ottan a *Grandclément*-tól eredő elnevezés alatt idéztek, képviseli a betegségnek, ezen szerző által felállított tiszta típusát. *Bronner* maga pl. kis szaruhártyahegről beszélt, mely 8 hónapon át a leghevesebb fájdalmakat okozta és melynek kimetszése után gyógyult csak meg a szem. Figyelemre méltó azonban, hogy ebben az esetben is a fájdalmak többnyire éjszaka vagy reggel ébredéskor léptek fel. A jelentéshez fűződött eszmecsereből kiviláglik, hogy a felületes szaruhártyasérülések után visszatérő fájdalomrohamok elég ismeretesek. Csak a magyarázat ingó lábon áll. *Brailley* a keratalgiát hysteriás bántalomnak tartja. *Hulke* a fájdalmaságnak okát az idegvégek elszakításában látja és a szaruhártyafelhám állandó helyreállítására csak a szemkötést tartja szükségesnek. Ifj. *Hutchinson* szerint valószínűleg vegyi hatások izgatják a szemet, mint egy általa észlelt esetben, hol egy fiúnak szeme, tintás tollal történt sérülés után, hosszú időn át minden gyógyításnak ellentálló fájdalomban szenvedett. *Nettleship* ismételve látta, hogy a szaruhártyának egyszerű erosiója minden ok nélkül újból feltört; a sérült hely galvanikus kiégetését ajánlja.

Ezeket kívül még két esetet közölt *Johelson*,³ ki teljesen *Grandclément* nézetéhez csatlakozik és három esetet *Biber* (*Haab* észleléséből).⁴ Ezen utóbbiak valamivel behatóbb méltatást érdemelnek, mivel, minden előbbennek tekintetbevétele és valószínűleg ismerete nélkül ugyan, de gondos feljegyzések alapján vannak leírva.

I. eset. (28 éves asszony.) Felületes szaruhártyasérülés gyermeknek körmével. Látszólag rendesen gyógyult. Első spontan fájdalomroham 35 nappal az eredeti sérülés után. Kis lapos hólyag tiszta tartalommal ugyanazon helyen. A vékony falzat pusztán epithelből áll. Második roham 7 hónap múltán. Időközben állítólag teljes nyugalom volt. Megrepedt hólyag foszlányai a régi helyen. Harmadik roham 59 nappal később; negyedik ismét 68 nap múltán. Ezen két utolsó roham alkalmával hólyagot nem találtak; egyszer a régi helyen csekély szürkés egyenetlenség, másodszer egy felületes finom csillagalak volt jelen, mely már 2 nap után elmosódik. Hatodik roham 84 nap múltán; csekély zavarodáson kívül a régi helyen kis felhámzafat, mely majd felfelé, majd oldalt, a szomszédos szaruhártyára fekszik. Hetedik roham 139 napig tartó nyugalom után; ezen esetben erős szemhéjgörcs kezdetben a behatóbb megtekintést akadályozza. Atropin. Este synechia mutatkozik; két nap múlva kis sekély *ulcus corneae*; csak 3. napon pupilla ad maximum tágult; szaruhártya az illető helyen igen csekély mértékben egyenetlen, alig zavarodott. „*Azt a benyomást kelti, mintha a reparálás túlságosan gyorsan menne vége, semhogy helyes szövet létrejöhetne.*“ Ezen a szemem ez volt az utolsó roham. A megbetegedett helyen mint egyedüli rendellenesség egy 5—6 pontocskából álló csekély homályosodás marad vissza, mely felületesen, úgyszólván a felhámiban foglal helyet. A gyógykezelés kötés, atropin, cocain és időközben sárga kenőccsel való massage alkalmazásában állott.

Körülbelül három évvel később ugyanazon asszony karácsonyfa ágával sértette meg magát, addig ép szemét. Felületes szaruhártyahorzsolás. Kötés, atropin, cocain. Rendes időben látszólag teljes gyógyulás. 118 nap múltán heves fájdalmas roham: igen kis hólyag az eredetileg sérült helyen. Már leírt gyógykezelés; 3 nap múltán gyógyulás. A beteg ezután többé nem mutatkozott. Két évvel később meghalt.

¹ 1874. 265. l. (Hosp. Tidende, 1872. aug. 15. 201. l.)

² Über die Verletzungen des Auges in gerichtärztlicher Beziehung. *Wiener med. Wochenschrift.* 1874. 21. sz. 449. l.

³ A. Szili. Über Augenverletzungen. *Archiv. f. Augenheilkunde.* 13. k. 1884. 39. l.

⁴ Kératalgie traumatique, ou crises neuralgiques de la cornée, révenant indéfiniment à la suite d'un léger traumatisme de cette membrane. *Arch. d'Ophth.* VIII. 257. l.

¹ Annales d'Oculistique. Cl. k. 187. l. Trois nouvelles observations de la kératalgie traumatique. Lyon. méd. 1888. 587. l.

² On some forms of traumatic keratalgia (Ophthalmic Review. 1889. July) 221. l.

³ Ezen lengyel nyelven megjelent közleménynek tartalmát a *Nagel*-féle „Jahresbericht“-ből ismerem.

⁴ Über einige seltene Hornhauterkrankungen. Inaug.-Dissertation. Zürich, 1890. (Fejezet címe: Keratitis bullosa nach Trauma.)

Különösen feltűnők ezen esetben a fölötté hosszú időközök az egyes rohamok között. Nincsen szerző, ki ehhez hasonlóról tesz jelentést. A roham kitörési idejére a figyelem nem irányul. Mindazonáltal néhány véletlen feljegyzéssel találkozunk, pl. a negyedik rohamnál: „*mint utolszor éjszaka minden ok nélkül*“ vagy a hatodik rohamnál: „*beteg tegnap óta megint szúrásokat érez a bal szemén, az éj folyamán támadtak*“. Csak a hatodik rohamról különösen említve van, hogy délután keletkezett, de azzal a megelőző megjegyzéssel, hogy a szem már 8 nap óta csekély fokban fájdalmas.

II. eset. (30 éves hölgy.) Felületes, 4 mm. széles felhámhiány a szaruhártya alsó felének közepén, odaütköző fadarab okozta horzsolás következtében. Gyógyulás 7 napon belül. Első roham 29 nap múltán (kezdetben csak csekély egyenetlenség az eredetileg sérült helyen); atropinbecseppentés és szemkötés dacára az izgalom nő és másodnapra egy felhámhólyag mutatkozik. A felhám regenerálódása után a gyógykezelés két hónapon át atropinjodiforminocsesel való massage-ból áll; ezen idő alatt a szem egészen jó maradt. Csak a 3-dik hónap vége felé jön létre a második roham reggel 6 órakor oly heves fájdalommal, hogy a szem alig felnyitható; ez alkalommal is felhámhólyag képződött a szaruhártya alsó felében. Harmadik roham nem lett bejelentve.

Az első roham alkalmával a hólyag gondosan el lett távolítva. Göreső alatt pusztán epithelből állónak mutatkozott; csak hogy egyes helyeken igen nagy polygonális sejtek, a többi kisebb, inkább rendesen kinéző felhámsejtek között voltak láthatók. Feltűnő volt, hogy a felhámréteg a hólyag megfogásánál annak területén túl majdnem a szaruhártya széléig kisebb-nagyobb czafatokban leemelhető. Megjegyzésre méltó azonkívül, hogy 5 nappal a második roham után a regenerált hely érző képessége érintésre némileg aláfokozottnak mutatkozott.

III. eset. (Asszony, mezei munkánál sérült meg.) Egy későbbi recidivvel került Haab-nak megfigyelése alá. A két megelőző rohamot, mely közt két hónapi nyugalom volt, Horner észlelte. Ha már a két első esetben az intermissiók rendkívüli hosszúsága igen feltűnő volt, felülmúlja azt azon jelentés, hogy ebben a harmadik esetben a következő recidiv csak 3 év múltán lépett fel. De ezen időközre vonatkozólag egy véletlen megjegyzés található, melynek, a mint későbbi megfigyelésekből ki fog tűnni, némi jelentőséget kell tulajdonítanunk. 31. lapon szerző t. i. azt írja, hogy „a bal (beteg) szem olykor sérülékeny és reggel idegen test érzése volt“. Az utolsó, behatóan leírt roham, hirtelen, minden ok nélkül teljes jóllét közben éjjel lépett fel oly heves szúrással, hogy a beteg szemeit nem bírta kinyitni; mint a vakot vezetni kellett. Itt is a hólyagszerűen leemelt felhám a többi szaruhártyának felhámja is könnyen egyes czafatokban lefejtető volt. Sehol sem mutatkozik benne zavarodás vagy vastagságában különbség. A következő évek folyamában még néhányszor visszatért a baj, de enyhébb mértékben, hólyagképződés nélkül, legfeljebb a szaruhártya felületének csekély egyenetlenségével. 4 évvel az említett erős roham után a szem teljesen gyógyultnak látszott.

A bántalom jelenségeinek összefoglalásából kiindulva szerző következőképen nyilatkozik: A szaruhártya ezen másutt a szervezetben analogonnan nem bíró megbetegedésének magyarázatára egyelőre még hiányzik a bonczani alap. A hólyagfalzat vizsgálata a leválás oki tényezőjére nem utal. Mindazonáltal feltehető, hogy az már az első anyagvesztés hiányos vagy helytelen regenerációjában van megalapítva, és hogy az újonnan képződött felhám nem elég erősen tapad alapjához és könnyen róla levál. Tulajdonképen a leírt esetekben, csak a tényleges leemelődésnek közvetlen okát találja rejtélyesnek. Glaucomás belnyomásnagyság egyetlen egyszer sem volt jelen, de talán elegendő oly tensio-emelkedés, mely még az élettani határokon belül fekszik.

A mennyire azonkívül a rendelkezésemre álló szemészeti tankönyveket átnéztem, feltűnőnek találtam, hogy a legtöbb a betegséget nem is említi. Kevés van, a mely rövid megjegyzést tesz róla, a nélkül, hogy képes volna ez által az olvasónak figyelmét helyes irányba fordítani. Csupán Schweigger¹

és Fuchs¹ nyilatkoznak némileg határozottan. Véleményüket tekintetbe akarom venni, mert a szóban forgó tárgy fölött legújabbban keletkezett vitában fontossággal bír. Schweigger biztos abban, hogy a szabad időközökben a szaruhártya teljesen épnek mutatkozik. Az eredeti sérülésnek helye vagy egyáltalában nem, vagy csak mint finom, felhámval borított homály ismerhető fel; az ismétlődő gyulladás azonban mindig ugyanabból a helyből indul ki, a mennyiben megzavarodik, feldagad s így heves izgalmi tünetek forrásává válik. Fuchs is csupán újonnan fellépő felhámvesztéséről szól az eredeti sérülés helyén, melynek okát valószínűleg abban kell keresnünk, hogy a felhám ott nem teljesen rendesen regenerálódott, úgy hogy csekély okból ismét leemelődik, lekopik.

Igy körülbelül mindent említettem, a mit egyes észlelők a szaruhártya ezen bántalmáról kórházi jelentésem megjelenéséig közöltek. Én ezen jelentésemben első sorban arra a tényre figyelmeztettem, hogy a fájdalomrohamok majdnem kivétel nélkül éjjel vagy kora reggel következnek be; oly tény, mely ugyan már Grandclément figyelmét is foglalkoztatta, de a mely intelligens, önmegfigyelésre alkalmas betegeknek feltűnően összhangzó spontan jelentései által különös jelentőséget nyer. Ezek közül sokan azt állítják, hogy kétségenkívüli, miszerint nem a hirtelen fellépő szemfájdalom következtében ébrednek fel, hanem hogy ellenkezőleg a szemfájdalom csak akkor lép fel, ha álomból felébredve a szemet hirtelen kinyitják. Ebből az okból sok beteg arra szokik, hogy ébredéskor a szemhéjat igen óvatosan emeli s a legesekélyebb fájdalomosság érzésénél inkább behunyva tartja, mert egészen biztosnak tekinti, hogy ily módon már többször sikerült a rohamot vagy enyhíteni vagy teljesen kikerülni. Ezen állítások összhangzóak voltak azzal, a mit magam is saját szememen tapasztaltam, és így nem utasíthattam vissza a gondolatot, hogy a rohamnak közvetlen okát egy erőművi behatásban keressék, melynek a szem nyitása alkalmával, sőt talán már az első mozgásainál zárt szemhéjak alatt ébredés alkalmával ki van téve. Minthogy gondosan észlelt eseteimben, majdnem minden hevesebb, s tartós izgalmi tünetekkel együtt járó roham után többé-kevésbé kiterjedt, látszólag friss sérüléstől eredő felhámhiányt többnyire ugyanazon a helyen vettem észre, feltettem, hogy ez az újonnan képződött felhám hirtelen erőszakos leszakítása által jött létre. A mellett különösen hangsúlyoztam, hogy valamely ismeretlen kórtani állapot a regenerált felhám tapadóképeségét a sérült helyen csorbitja; de bizonyosnak lenni véltem, hogy csupán a szemhéjkötőhártya s a szaruhártya felülete közti, álomban párolgás által valahogy szorosabbá vált, érintkezésnek hirtelen feloldása idézi elő tulajdonképen a felhámak leszakítását.

Ezen közleményem két új egymást gyorsan követő nyilatkozatra szolgáltatott okot.

A nélkül, hogy abba a polémiás irányba bocsátkozzám, melyet az egyik szerző, Hirsch C., dolgozata² velem szemben követ, csupán az abban foglalt tényeket, a mennyiben a kór-
képek rögzítéséhez járulni képesek, kellő mértékben tekintetbe venni óhajtom.

Szerző két típusos esetet észlelt; mindkettőben az eredeti sérülés körömmel történt. Három dolog az, melyre az illető kórtörténetek főszínt fektetnek: először a helynek gondos megfigyelése, a melyen az egymást követő rohamokban a felhámhiányok fellépnek; másodsor a teljes jóllét által kitűnő intervallok típusos tartamára; harmadsor a gyógyulást előidéző szer jelentőségére, mint *specificum*.

Az első pontot illetőleg az adatok egymáshoz fűzve a következők: I. esetben: eredeti sérülés (második napon) gyógyuló erosio nyoma a pupillaterület felső felében.

1. recidiv: „A szaruhártya pupilla területében, a sérült helynél valamivel lejjebb igen felületes homály s néhány rendetlen kis felhámhiány.“

¹ Lehrbuch der Augenheilkunde. 5. kiad. 1895. 215. l.

² Über die sogenannte „recidivierende Erosion der Hornhaut“ (Arlt) und ihre Behandlung. Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges. 1898. 21. és 22. sz. Különlenyomat, és Über die sogenannte „recidivierende Erosion der Hornhaut“ und ihre Behandlung. Prager med. Wochenschr. 1898. 25. sz. Különlenyomat.

¹ Handbuch der Augenheilkunde. 5. kiad. 1885. 313. l.

2. recidiv: „A szaruhártyában a centrum alatt egy a pupillaterület alsó felét eltakaró körülbelül lencsenagyságú hely leheletszerűleg homályos szürkált felülettel.“

3. recidiv (igen heves fájdalmak közt keletkezett): „A szaruhártya valamivel kevésbé fénylő, mint jobboldalt felhám-foszlás azonban seholsem látható. (Két nap múlva ismét éjjel heves fájdalmak). A szaruhártya pupilla területében kis erosio.“ Ezentúl a beteg csak három hónap múlva jelent meg újra. Időközben állítólag majdnem minden két-három hét múlva 4—5 napig tartó rohama volt. Most is visszaeséssel jön: A szaruhártya közepén egyes felhám foszlások. Az egész szaruhártya kissé fénytelen.“ A következő rohamok mindinkább enyhébbek lesznek s nemsokára teljes gyógyulás következik be, mit szerző az alkalmazott gyógyszer hatásának tulajdonít.

II. esetben: késő recidiv heves ciliaris izgalommal: „A szaruhártya átlátszó, sima, kivéve a medialis pupilla-szélel szemben levő 3 milliméternyi hosszú rézsütös helyet, mely felületesen zavaros s egyenetlen.“ Új visszaesés csak 10 hét múltán következik be; szerző a szemet a második napon látja. Daczára a hyperaesthesiának s az izgalmi tüneteknek a szaruhártya ép. Csak a következő napon a fájdalom s a ciliaris izgalom fokozódásával: „nagy hólyag a szaruhártyán a medialis alsó pupilla-szélel szemben.“ Ezen hólyag már több helyen repedt s összeesett. A szürke hólyagfalban ezen felhámmentes helyek a pupilla felett feketék. Egy nappal később ezen hólyag teljesen eltűnt volt, „de egy második ép oly nagy, lapos hólyagszerű epithelleválás az előbbentől orr felé, de részben még a réginél alapján, hasonló finom repedésekkel az összeesett falzatban.“ A következő napon: „Szaruhártya már ép.“ Ezentúl a szem egészséges maradt.

A fent említett pontok másodikika a betegség lefolyására vonatkozik. Szerző tudniillik véleményének támogatása céljából az egyes rohamok közti rendszeres időközökre hivatkozik. Mind a két közölt esetben az összes közvetlenül észlelt visszaesések datummal vannak ellátva. Ezen feljegyzések szerint az első esetben az első roham 16 nappal az eredeti sérülés után lépett fel; a második roham 21 nappal, a harmadik 18 nappal később s két nap múltán újabb rosszabbodás. Itt végződnek a közvetlen észlelések s csak az van feljegyezve, hogy a további lefolyásban állítólag minden 14 nap vagy három hét múltán egy-egy 4—5 napig tartó recidiva állott be. A második esetben csupán a betegnek jelentése állt rendelkezésre, hogy az első hat hónap alatt a rohamok majdnem rendszeresen minden tizennégy nap múltán állottak be. Az első közvetlenül észlelt roham után — szerző véleménye szerint az alkalmazott gyógyszer következtében — tíz heti szünet volt; az ezután bekövetkező recidiva egyszersmind az utolsó ezen esetben.

Harmadszorban a szerző azon gyógyszernek pharmacologikus jelentőségére hivatkozik, melyet mindkét esetben eclatans eredménynyel alkalmazott: az a chinin volt, mely tudvalevőleg egyebek közt a neuralgiák leküzdésében is szerepet játszik, s melyet már előzetesen herpes corneae egy esetében kipróbált vala. Megemlítendő, hogy ezen baj is éjjeli, azaz álomban fellépő rohamai által tünt fel.

Az itt elősorolt tényekkel szemben Hirsch az általa észlelt esetek megítélésében minden tekintetben a neuralgia terére utalva érezte magát. Egészen helyesen ismerte fel, hogy a Grandclément féle „keratalgie traumatique“ s az általa észlelt recidiváló erosiók közt semmi elvi, hanem csak fokozatbeli különbség áll fenn; de szerinte itt is úgy, mint ott minden jelenség a szaruhártyafelhámban levő idegvégeknek helybeli traumás megbetegedése utal. Az egyik esetben ez elég nagy fokú arra, hogy az egyes exacerbációkban a felhámban trophikus zavarokat előidézzon; a másikban, hol a megbetegedés kisebbfokú, ilyen zavarok nem lépnek fel.

Rövid idővel Hirsch első közleményének megjelenése után, részben az ellentét által indítva, mely ezen szerző nyilatkozata s az enyém közt mutatkozott, Reuss foglalkozott a tárggyal behatóbban.¹ A szóban forgó bántalommal való

¹ „Ueber recidivirende traumatische Erosionen der Hornhaut.“ Prager med. Wochenschr. 1898. 21. sz.

hosszas ismeretségre hivatkozva, saját felfogását következőképpen állapítja meg. A betegségnek két alakját különbözteti meg. Az egyik csoportban, melybe Grandclément esetei sorolandók, látható defectus nem lép fel; a kellemetlenségek gyakran éveken át majdnem naponta jelentkezhetnek, de nem túlságosak s alig valaha tartósak, csak az álomból való ébredés idejére szorítkoznak. A másik alakban időről időre különböző hosszú időközökben több napig tartó hevesebb fájdalmas rohamok lépnek fel, melyek alatt a szaruhártya teljesen az eredeti sérülés képét nyújtja, a mennyiben friss erosio mutatkozik, ritkábban csak csekély felületen zavarodás s egyenetlenség s csak kivételképen semmiféle kóros elváltozás. Velem egyetértően Reuss is jelentőséget tulajdonít azon ténynek, hogy a fájdalomrohamok csak az álomból való ébredés alkalmával éjjel vagy reggel lépnek fel. A legtöbb beteg tisztában van azzal, hogy nem a fájdalom kelti fel őket, hanem hogy az csak akkor lép fel, ha a szemet nyitják s kiváltképen, ha azt hirtelen teszik. Legtöbbször hozzászoknak felébredés után még egy ideig lezárt szemmel fektüdni s azután lassan s óvatosan a szemnyitást megkísérteni. Reuss elismeri, hogy a kórkép ezen jellegzetes vonására legelőször én figyelmeztettem. Magyarázata is bizonyos értelemben megegyezik azzal, mit jelentésemben a rohamok közvetlen okának neveztem. Reuss az úgynevezett catarrhus siccusra utal, melyben a beteg reggel a szemet csak nehezen nyitja, a nélkül, hogy letapadás vagy fénykerülés ezt gátolná; többszörös dörzsölés vagy megnedvesítés kell hogy lehetővé tegye; azután minden kellemetlenségnek vége van. Ezen állapot a szemhéj s a szem kötőhártyája közti rendellenes adhaesio által magyarázandó, mely úgy jön létre, hogy az éjjeli nyugalomban, az aláfokozott könnyelválasztás által elősegítve, a két kötőhártyalap egymás felé fordult kiemelkedései s mélyedései egymásba kapaszkodnak. Hasonló módon eseteinkben is az álomban szorosabbá vált adhaesióra kell gondolnunk a tarsusnak kötőhártyája s a szaruhártyának újonnan képződött felhámja között, mely utóbbi, ha a sérelem után a szem nem elég soká volt kötés alatt, nem elég szilárdan függ össze alapjával. A szem nyitásánál ezen felhám s vele együtt a benne végződő idegek vongalást szenvednek, mi rövidebb vagy hosszabb időig tartó fájdalmat okoz. Ez volna a folyamat az első csoport eseteiben. Ha az adhaesio erősebb, vagy ha a szem nyitása hirtelen történik, a felhám hólyag alakjában leválhatik vagy teljesen le is szakad, s az új erosio kész. Így jönnek létre a második csoport esetei. Azon feltevésben tehát, hogy a sérült szaruhártyahelyen az újonnan képződött felhám összefüggése alapjával nem elég erős, Reuss is magát a rohamot pusztán physikalis folyamatoknak és mechanikus behatásoknak következményeként fogja fel. Hogy a betegségnek neuropathiás alapja volna, ezen szerző szerint teljesen ki van zárva. Nem szabad azonban szem elől téveszteni, hogy éppen ezen utóbbi nézet a legújabb időben követőket nyer.

A „Mittheilungen aus der St. Petersburger Augenheilkunst“ 5. füzetében Schroeder igen behatóan tárgyal ezen betegségről.¹ Azonnal mint Grandclément nézetének híve lép fel. A bántalom leírásában annak legfőbb vonásai félre nem ismerhetők; annál feltűnőbb, hogy Schroeder az irodalom összeállításában oly eseteket is von be érveléseibe, melyek kétségen kívül nem tartoznak ide. Eltekintve Bronner-nek már fent idézett esetétől, Eversbusch egy esetére hivatkozik,² melyet ez „neuralgia ciliaris traumatica“ elnevezése alatt közölt, s melynél egy tűszúrás következtében visszamaradt inféher hegből a corneosclerális szélben hónapokig tartó, kiváltképen munkaközben tűrhetetlen fájdalom indult ki. Cooper és Szokalsky egy-egy esetét is ide sorozza; az illető kórtörténetekből azonban kiviláglik, hogy az elsőben oly szemnek fájdalmasságáról van szó, mely sérülés következtében a szaru-

¹ St. Petersburg. C. Ricker. 1898. 26. I. Das Krankheitsbild der Keratalgia traumatica und der recidivirenden Hornhauterosionen von Dr. Theodor von Schroeder.

² Ezt, valamint Cooper és Szokalsky eseteit, I. O. Eversbusch. Ein Fall von Neuralgia ciliaris traumatica. Beseitigung durch Galvanocaustik. (Münch. med. Wochenschr. 1890. 51. sz.)

hártya két harmadát elfoglaló prominens heggel birt, és hogy a másikon, kövel történt sérülés következtében, iris-benövés-sel együttjáró szaruhártya-heg volt forrása a fénykerülésből, photopsiákból és fájdalomból álló szenvedésnek, mely sokszor reflectorikus epilepsiáig fokozódott. Mi sem jellemzi jobban a bizonytalanságot az itten szóban forgó betegség felfogásában, mint az, hogy a legújabb időben is olyan esetekkel hozzák kapcsolatba, melyeknél a sérülés következtében létrejött kóros viszonyok nemcsak egymástól különböznek, hanem még kevésbé hasonlíthatók össze azzal az objectiv lelettel, melyet a mi eseteink kivétel nélkül nyújtanak.

A közlemény *nyolcz esetre* terjeszkedik ki; azok közt négy a szerző sajátja, kettő *German*, kettő *Dagileiskitől* ered. Az összes esetek gondosan vannak megfigyelve s leírva és azért több irányban tanulságosak. Első sorban látjuk, hogy az eredeti sérüléstől az első fájdalomrohamig igen különböző időközök folyhatnak le, melyek alatt a szem teljesen gyógyultnak lenni látszik. A mennyiben pontos adatok rendelkezésre állanak, ezen időközök négy héttől öt hónapig terjedtek. Épen így változnak az egyes recidivák közti időközök is, nem csak ha az egyes eseteket egymással összehasonlítjuk, hanem minden egyes esetben külön is; a rendszertelenség oly nagy, hogy ebben az irányban *typusra* egyáltalán gondolni sem lehet. A legtöbb esetben az egyes rohamok intenzitása is változik, nemcsak a fájdalom fokát és tartamát illetőleg, hanem az objectiv leletre nézve is, a mennyiben egyszer felhámhiányok jelen vannak, másszor nem. Csúpan *egy* körülmény egybehangzó, tudniillik az, hogy majdnem minden esetben a roham *korán reggel* lépett fel, mire *Schroeder* különös súlyt fektet, azonban más értelemben, mint *Reuss* és én. Itt ott egy roham fel van jegyezve, mely az éj közepén támadt; és csak egyetlen egy, mely napközben még pedig az orvos jelenlétében támadt; ezen rohamra nézve azonban megjegyzendő, hogy közvetlen kitörése előtt az orvos a szemet gyógyítás céljából 10 percig galvanizálta és azután újjával nyomás iránti érzékenységre vizsgálta. *Schroeder* szerint az egész kórkép a *neuralgia* benyomását teszi. A felhámleválás nem tekinthető a fájdalom okának, minthogy egyszer létrejön, másszor nem. Fontosabb az, hogy a rohamok tipikusan ugyanabban az órában lépnek fel, hogy az eredeti sérülés helye érintésre sokkal érzékenyebb, mint a szaruhártya többi felülete, és hogy a fájdalom a nervus supraorbitalisra kisugárzik. Tekintettel ezekre, szerző véleménye szerint, a *keratalgia traumatica* elnevezés legjobban felel meg a betegség lényegének és ezen feltevésében különösen megerősíti az, hogy a sérülés helyének megfelelő felületes szövetretegeknek, és ezzel együtt a megbetegedett idegvégeknek, elpusztítása (*German* eljárása szerint két százalékos ezüst-oldattal való többszörös érintés által) a bántalom közvetlen gyógyulását létrehozza; míg a cornea lobos betegségeinél szokásos, és különben oly hatásos gyógyszerek, ezen esetekben csak rövid időre szereznek megnyugvást, de meg nem gyógyítják.

Újabb időben *Wicherkievicz* is csatlakozott a *Grandclément*-féle felfogáshoz,¹ de a nélkül, hogy közleményében erre nézve oly érveket nyújtott volna, melyek ítéletének subjectiv véleménynél magasabb értéket biztosítanának.

Eltekintve egy statisztikai közleménytől, melyet még későbbben tekintetbe fogok venni s néhány más elszórt rövid említéstől, nem találtam több semmit a bántalom irodalmához tartozót. A kórkép egységét megállapítandó, lehetőleg tárgyilagosan a különböző észlelők leírásait egymás mellé állítottam és nézeteit közöltem. A következőkben szándékom van megvizsgálni, melyik e vélemények közt a jobban megállapított, vagyis inkább mennyire vagyunk egyáltalában képesek a betegséget megmagyarázni. E célból az adott tényeket behatáró elmélkedés tárgyává fogom tenni, s ez alkalommal saját tapasztalataimat is, a mennyiben, némileg új szempontokat nyitván, a kérdés tisztázásához járulhatnak, illő helyen említeni fogom.

(Folytatása következik.)

Az orrbetegségek befolyásáról szembajokra.

Irta: *Paunz Márk* dr.

Hogy szembetegségek orrbántalmak által okoztathatnak vagy kifejlődésükben elősegíthetnek, az a bonczani viszonyoknál fogva is természetesnek látszik, hiszen az orrüreg közvetlen szomszédságában van a szemüreg, sőt ez utóbbi három oldalról — alul a sinus maxillaris, felül a sinus frontalis, median felé a cellulae ethmoidales — az orr melléküregei által van körülveve. Mégis az orr- és szembetegségek közötti összefüggés csak a legutolsó két évtized óta képezi nagyobb figyelem tárgyát. A mily kevés figyelmet fordítottak a két szerv megbetegedési közti viszonyra azelőtt, oly nagy mértékben csaptak át egyes észlelők utóbbi túlzásokba. Nem kell talán külön kiemelni, hogy a túlzók — mint más téren, úgy itt is — inkább az orrspecialisták közül kerültek ki. Mert ha *Bresgen* azt állítja, hogy sok idült kötőhártyahurut csak az egyidejűleg fennálló orrhurut gyógyulása után szüntethető meg és ezért ezen eseteket talán nem annyira a rhinologia, mint inkább a rhinologus számára követeli, úgy nem szabad felednünk, hogy az orrhurut nem ritkán ép oly makacsul áll ellen a gyógykezelésnek, mint az általa előidézett kötőhártyahurut. Avagy nem túlzás-e az, ha *Ziem* azt állítja, hogy az összes szembetegségek $\frac{2}{3}$ része orrbajokból veszi eredetét, avagy azok által tartatik fenn? És ha ugyancsak *Ziem* iritis mellett az orrnak és melléküregeinek genyedő folyamatát észlelte néhány esetben, úgy a kétféle bántalom közötti oki összefüggést be is kell bizonyítani.

Az orrból kiindulólag valamely szembaj kifejlődése háromféle módon lehetséges, ú. m. egyenes áttérjedés útján (per continuitatem); a vér- és nyirkpályák útján — az art. ethmoid. ant., mely az orr oldalsó falát és az orrsövény mellső részét ellátja, az art. ophthalmicából veszi eredetét, sőt egy direct ág a szemtől lehalad a ductus nasolacrimalishez (*Zuckermandl*); az orr vivőerei pedig a plexus nasolacrimalis útján egyenes összeköttetésben állnak a vena ophthalmicával — és végre reflectorikus úton (a n. trigeminus közvetítésével).

A következőkben rövid összefoglalásban óhajtom tárgyalni mindazt, a mit az orr- és szembetegségek közötti összefüggésről, eddig tudunk. Felhasználván erre a már meglehetősen terjedelmes irodalmat, a magam szerény tapasztalatait is közbeszöhetem.

Már régtől fogva ismeretes, hogy könytmölbántalmak a legtöbb esetben orrbajoktól vannak feltételezve. Mégis ezen bajoknál az orrnak rendszeres vizsgálata még mindig nem végeztetik oly mértékben, mint az a betegek érdekében szükséges volna. *G. A. Richter* már a XVIII. században állította, hogy a könytispolyp orrbántalomnak következménye és *Hasner* 1850-ben 59 könytmölbajban szenvedő beteg közül 51-nél talált orrbetegséget. Hasonlót észleltek *J. Michel* és *Seifert* és még számosan. Érdekes *Janin* észlelete a XVIII. század második feléből. Esetében a könytmölból kiinduló polypus belenőtt a ductus nasolacrimalisba és azt kisujvastagságnyra tágítva, az orr jobb felét teljesen kitöltötte. A polyp a könytmölből felhasításával távolíttatott el.

Egyes klinikákon mégis már végeznek rendszeres orrvizsgálatokat. Így *Heilmair* a würzburgi szemklinikáról (*v. Michel*) közöl érdekes adatokat. Daeryocystoblennorrhoea 352 esetében (1890-től 1898-ig) csak 23-szor nem találtak orrbajt; 113 esetben kifejezettebb vagy csak azon az oldalon volt az orrbántalom, a melyen a szembaj. A leggyakrabban előforduló orrbetegségek következők: idült orrhurut nyálkahártyatúltengésekkel, rhinitis atrophicans foetida, polypusok, septumdeviatio, bujakóros és gümös bántalmak, a melléküregek (sinus maxillaris) genyedései, a rosta-csont cariese. Utóbbi több esetben volt alkalom észlelni, hasonlóképen bujakóros destructio mellett fennálló daeryocystitist és könytispolypot. *Heilmair* említi, hogy rhinolith is okozhatja a könytmölből genyedését. *Rischawy* azon állítása, hogy a középső orrkagyló túltengése is képes nyomást gyakorolni a könyvesatornára, még bebizonyításra szorul. *Peters* észlelte, hogy újszülöttek könytmölből genyedéseinek a könyvezető orri szájadékának atresiája képezi gyakori okát. Az eddigi tapasztalatok után kimondhatjuk, hogy a könytmölből genyedő folyamatai gyorsabban gyógyulnak, ha sikerül az azokat előidéző orrbántalmat megszüntetnünk.

A kötőhártya különböző bántalmai gyakran szövődöttek

¹ Centralbl. f. pr. Augenheilkunde. 1898.

orrbetegségekkel. Idült orrhurut és conjunctivitis együttesen nem tartozik a ritkaságok közé és szinte a köztudatba ment át az eczema narium és a conjunctivitis phlyktaenulosa együttes előfordulása scrophulosus gyermekeknél. Nagyon megszívlelendő *Nieden* azon tanácsa, hogy a fennálló orrhurut és eczema gyógyítására a legnagyobb súlyt kell helyezni, különben a recidivák nem maradnak el. De ezen betegeknél nemcsak az eczema játszik szerepet. A ki sok ilyen beteget látott és azokat pontosan megfigyelte, az eczémán és kerato-conjunctivitis phlyktaenulosán kívül egyebet is észlelhet. Ezen gyermekek rendszerint az ú. n. status lymphaticus összes tüneteit mutatják. Az ismert klinikai kép mellett — kedvetlenség, fénykerülés, duzzadt ajk, varros orr — feltűnő gyakran a nyitott száj és a bamba arczikefezés. Az okot a tultengett mandolákon kívül az igen sokszor jelenlevő adenoid vegetatiókban találjuk. Ezt különben már *Snellen* és *Guye* is észrevették. A szülőkötől nem egyszer halljuk, hogy a gyermekek nyitott szájjal nyugtalanul alusznak és horkolnak. Az elmondottakból a therapia önként következik. A tultengett mandolák és az adenoid vegetatiók eltávolítandók. Mindennapos az a tapasztalat, hogy ezután a gyermekek egészségi állapota gyorsan jobbra fordul, a mi a phlyktaenás szembántalomra nézve csak kedvező lehet. Természetesen az általános és helyi kezelés sem hanyagolandó el. *Coppes* conjunctivitis follicularist észlelt adenoid vegetatiókkal és ezek eltávolítása után a bajnak gyors gyógyulását. *Ziem* szerint a trachoma is gyakran szövődött genyedő orrbántalmakkal; ugyanezt állítja *Scheff*, a ki azonban a trachomát tarja primaernek és az orrhurutot másodlagosnak. *E. Berger* és *Schmidt-Rimpler* nem tettek ilyen észleleteket erre vonatkozó vizsgálatoknál. Azonban *Klunzinger* ama tapasztalata, hogy Egyiptomban a júniusban epidemice kitörő trachomás megbetegedéseket mindig súlyos náthás epidemiák előzik meg, minden esetre felhívják a figyelmet ily irányú tüzetesebb vizsgálatokra. Ámbár ma már alig tagadható, hogy a trachoma contagium fixum útján terjed és talán az egészről csak annyi igaz, hogy hurutosan afficiált egyéneknek a trachoma is termékenyebb talajra talál.

Szarúhártyagyulladások is gyakran párosultak orrbántalmakkal, de túlzott *Ziem* azon állítása, hogy minden keratitis ulcerosa — kivéve az ophthalmoblenorrhoea gonorrhoeica és sérülések kapcsán fellépő fekélyeket — orrbajban leli magyarázatát. Tény azonban, hogy ama súlyos lefolyású hypopyon-keratitisek, melyek oly sok szem pusztulását okozzák, legtöbbször blennorrhoea sacci lacrymalis-szal kapcsolatosak. *Nieden* ozoena genuinához látott súlyos lefolyású fekélyes szaruhártya bántalmakat társulni. Nem ritkák felszínes széli fekélyek — nem phlyktaenák — felnőtteknél idült orrhurut és eczema mellett. Ezek időnkénti rohamokban jelentkeznek és csak az orrbaj szünete után maradnak el. Ilyen eseteket irt le legutóbb *Peters*; nemrég magam is láttam hasonló esetet felnőtt férfibetegeknél. Ezek tüzetesebb észlelése megérdemelné a szemorvosok fokozottabb figyelmét. Keratitis parenchymatosánál elég gyakori az idült orrhurut, de oki összefüggés itt csak annyiban van, hogy mindkét bántalom az öröklött bujalkórban leli magyarázatát.

Nagyon kérdéses, hogy iritis, cyclitis és glaucoma összefüggésbe hozhatók-e orrbántalmakkal. Az eddig közölt esetek valószínűleg csak véletlen összetalálkozásai különböző bántalmaknak. *Ziem* ez irányú észleletei a tüzetes kritikát meg nem állják, azzal meg épenséggel túlló a célon, midőn azt állítja, hogy glaucománál előbb a fennálló orrbántalmat kell kezelni s csak ha ez nem segít, végzendő az iridektomia. Érdekes *Lennox-Brown* észlelete, melyben az asthmával kapcsolatos glaucoma a jelenlevő orrpolypus eltávolítása után megszűnt. *Ziem* az aggkori szürkehályog képződését is az orr genyedő folyamataival akarja összefüggésbe hozni, a mi természetesen nem felel meg a valóságnak. Mégis az a tanulság levonható belőle, hogy hályogműtét előtt a netalán jelenlevő melléküregegyedést szüntessük meg.

Legnagyobb fontossággal bírnak az orr melléküregeinek betegségei, nevezetesen genyedő folyamatai, különböző szembajok kifejlődésére. Különösen az orbita bántalmái gyakran kapcsolatosak, sőt egyenesen következményei valamely melléküregegyedésnek. *Jacobson* heveny nátha kapcsán tenonitist, *Hartmann* orbitalis abscessus kifejlődését észlelte. *Welge* már 1786-ban észlelt látási zavarokat az orr melléküregeinek genyedésénél és

Beer igen jól ismerte azon veszedelmeket, melyek a szemet a sinus frontalis genyedésnél fenyegetik. Ujabban mind többen foglalkoztak ezen bántalmakkal (*Leber*, *Panas*, *Ziem*, *Kuhnt* és mások) és az orbita számos lobos folyamata megfigjtésre talált. Már előbb említettem, hogy a sinus maxillaris genyedései gyakran átterjednek a könytömlőre. Gyakorlatilag fontos tudni, hogy könytömlőgenyedés gyanánt kezelt esetek nem egyszer nem egyebek, mint a könytömlő tájékán áttört abscessusok, melyek addig meg nem gyógyulnak, míg a melléküregegyedést meg nem szüntetjük. Fontos ezeknek korai felismerése a gyógykezelés szempontjából. Ilyen eseteket leir legújabbban *Peters*; a könytömlő tájékán áttört abscessusok részben a homloköbölből, részben a rostacsontsejtekből és a sinus maxillarisból származtak. Hogy mily nagy jelentőségű az orbitalis phlegmone forrásának korai felfedezése, jól mutatja pl. *Kuhnt* azon esete, melyben a sinus maxillaris genyedéséhez szegődött orbitalis phlegmone, ámbár már kifejezett neuro-retinitist okozott, az alapbaj helyes kezelése után nemcsak gyorsan visszafejlődött, hanem a szemnek teljes látóélességét is sikerült megmenteni. *Kuhnt* ama észleletei, hogy a vena ophthalmica thrombosisának három esetében ugyanazon oldali sinus maxillaris genyedése volt megállapítható, nagy figyelmet érdemelnek. Mindhárom esetben szemtükörrel a retinitis haemorrhagica képe volt megállapítható a nélkül, hogy a melléküregegyedésen kívül egyéb szervi baj (szív, vese) jelen lett volna.

A rostacsont carieséből és a rostacsontsejtek genyedéséből kiinduló orbitalis phlegmonek sem ritkák. Ezeket is sokszor összevetesztik a könytömlő bántalmaival. *Noyes* három esetet közöl, melyekben a szokásos gyógykezelés (kutasolás, fecskendezés) hónapokon át végeztetett minden eredmény nélkül, míg végre felismertetvén a baj forrása, megnyitás, kikaparás és az orr felé való levezetés biztosítása után rövid idő alatt gyors gyógyulás következett be. Hasonló esetet közöl *Vicusse*. Itt említendő meg azon nem is nagyon ritkán a belső szem zúg felső részében előforduló borsónyi, mogyorónyi és nagyobb, sima falú, sokszor fluctuáló, elég élesen határolt duzzanatok, melyek valamely rostacsontsejt levezető nyílásának elzáródásából származnak az által, hogy a nyákhártya tovább is megtartván működését, eme nyálkás váladékkal telt cysták keletkeznek, a minőt nemrég leirt *Weinhold*. Sokszor a homloköböl hasonló folyamatával kapcsolatos e bántalom. Egyszerű bemetszés itt mit sem ér; a nyákhártyát ki kell kaparni és a levezetést az orr felé biztosítani.

A homloköböl bántalmái által okozott zavarok igen gyakoriak és sokszor súlyos természetűek, sőt a betegek nem ritkán csak a már fellépett látási zavarok miatt keresnek orvosi segílyt. *Kuhnt* három év lefolyása alatt (1891-től 1894-ig) 8139 szembeteg között 24 homloköböl bántalomban szenvedőt talált. A homloköböl cystikus tágulásaival és genyedő folyamataival csatlakozó a szemet érintő zavarok *Kuhnt* szerint háromféleképpen: mechanikus természetű zavarok, lobos folyamatok átterjedése és functionalis zavarok. Ha a homloköböl nyák- vagy genyretentio (avagy daganatok) folytán kitágul, ennek protrusio és dislocatio bulbi lesz a következménye; a szem előre és többnyire ki- és lefelé tolatik; ehhez természetesen a megfelelő mozgási zavarok (kettős képek) csatlakoznak. A szemnek ezen helyzetváltozása a homloköböl cystosus tágulatainál néha igen nagy fokot ér el; ilyenkor a nervus opticus is szenvedhet. Igen gyakori a genynek áttörése az orbitába az alsó falon (orbita teteje) keresztül, a midőn azután hosszú ideig fennálló sipolyok keletkeznek, melyek csak a homloköbölben levő genyedés gyökeres megszüntetésével gyógyulnak be. Az áttörést orbitalis phlegmone követi; a sipolyból ürülő geny a legjelentéktelenebb corneasérülést is végzetessé változtathatja. Ha a nervus opticus is károsíttatik, a látás rosszabbodik. Egyebekben gyakoriak az asthenopiás tünetek, alkalmazkodási zavarok és látótér-szűkületek. *Ziem*, *Kuhnt*, *E. Berger* ezen concentrikus látótér-szűkületeket állandóan észlelték homloköböl-genyedésnél. *Schmidt-Rimpler* szerint ezen látótér-szűkület cerebialis eredetű. A látótér-szűkület majdnem mindig mindkétoldali, de rendszerint nagyobb fokú a beteg oldalon. Jelenleg áll észlelésem alatt egy 20 éves férfibeteg, ki már régebben szenved gyakori jobboldali fejfájásban. Folyó évi márczius 1-én azon panaszszal jelentkezett, hogy néhány nap óta náthás, feje nagyon fáj, munkaképtelen. Heveny nátha és a tultengett mandulák lobosodása mellett feltűnt a jobb orrfélből bősé-

gesen ömlő genyes-nyákos váladék. Nem volt nehéz megállapítani a jobb homloküblöknek a náthához csatlakozott acut hurutos bántalmát. A betegnél, kinek látása j. sz. $\frac{5}{15}$ M, 1'0 D v = $\frac{5}{10}$, b. sz. $\frac{5}{15}$ M, 1'50 D v = $\frac{5}{10}$ és kinél a szemfenék teljesen ép, mindkét oldalt nagyfokú koncentrikus látótérszűkületet lehetett megállapítani. Kérdés, hogy nem nyertünk-e ezen látótérszűkületben a melléküreg-genyedésekre vonatkozó diagnostikus segéd-eszközt. *Ziem* és *Kuhnt* többször észlelték, hogy mindig az ellenkező irány felé nagyobb a látótérszűkület, mint a hol a sinus-bántalom van (sinus maxillarisnál felfelé, sinus frontálisnál lefelé). *Kuhnt* ezenkívül sokszor észlelte a papilla hyperaemiáját és fátolozottságát, a vénák nagyobb fokú teltségét a megbetegedés oldalán; sőt nem egyszer ezen csekély tünetek indították a sinus-genyedés keresésére, a mit azután meg is talált nem egy esetben. Nagyon fontos dolgok ezek, ha tekintetbe vesszük a sinus frontális genyedeinek veszedelmes voltát. Így *Kuhnt* 17 halálosan végződött esetet gyűjtött össze; a halál oka meningitis ascendens és thrombophlebitis volt.

A sinus sphenoidalis is játszhatik szerepet szembántalmaknál. *Ziem* és *Berger* szerint nem egy neuritis retrobulbaris az ik-üblől lobos bántalmára vezethető vissza, *Uhthoff* szerint ezeket meglehet különböztetni a toxikus eredetű neuritis retrobulbaristól nemcsak a gyorsabb lefolyás által, hanem a jelenlévő fájdalmak által is. Ha a szemet hátra nyomjuk, a beteg fájdalmat érez; sokszor a szemmozgások is fájdalmasak és a homlok felé kisugárzó fájdalmak is fellépnek.

Hogy a melléküregekből kiinduló daganatok is benőhetnek a szemüregbe és ott mindenféle súlyos természetű változásokat előidézhetnek, régen és általánosan ismert tény. Különösen gyakoriak a cavum nasopharyngeumban fejlődő fibromák, fibrosarcomák, melyek rendszerint a fissura orbitalis inferioron át hatolnak a szemüregbe. Egy idevágó esetet láttam az elmúlt évben. A 26 éves férfibetegnél, a ki évek óta szenvedett gyakori orrvérzésben és a jobb orrfél eldugulásában, idővel a jobb szem teljesen megvakult. Protrusio bulbi d. atrophia n. opt. d. J. sz. v = 0; b. sz. $\frac{5}{5}$ E. Az orr jobb felében diónyi, szürkés-vörös, elég tömött, könnyen vérző, dúsan edényezett, kocsányos daganat látható, mely hátulról sokkal nagyobbak tapintható. A kítágult jobb oldali sinus maxillaris mutatta, hogy az agyalapból (ikesont) kiindult fibrosarcoma, nemcsak a szemüregbe, hanem az állsont-üblöbe is betört.

Még meg kell említenem, hogy reflektorikus úton is támadhatnak az orrból kiindulólag szembajok. Ha az orrból szöröket kihúzzunk, a szem könnyezik és sokszor kivörösödik; viszont ha a pupillába erős fény esik, tüszentünk. Nyákhártyatúltengéseknél (*Nieden*) és polypusoknál többször észleltek asthenopiás tüneteket, melyek a polypus eltávolításával megszűntek. Gyógybeavatkozások után is fejlődhetnek szembajok. *Marckwort* az orrban alkalmazott cocaine-anaesthesia után glaucoma kitörését észlelte; *Berger* és *Ziem* pedig a villamos égetés után látási zavarokat találtak. *Schmidt-Rimpler* polypus kiszakítása és kikaparása után kifejlődött atrophia n. opt. és neuritisről tesz említést.

Az elősoroltakban iparkodtam összefoglalni az idetartozó fontosabb dolgokat. Látni való, hogy sok az érintkezési pont. Nagyon is helyes *Panas* nézete, hogy az orbita megbetegedéseit az orr-melléküregek bonczani és pathológiai viszonyainak ismerete nélkül jól tárgyalni nem is lehet és igaz az is, a mit *Ziem* mond, hogy „az egyes szerveket egymástól élesen elkülönítő chinai falak csak az ultraspecialisták fejében léteznek”. De ha *Ziem* ezt oda veti a szemorvosoknak, úgy ez talán még inkább megszívlelendő az orrspecialisták részéről, nevezetesen azok részéről, a kiknek agyában a rhinologia „kagyló-sebészetté” korcsosul és a kik az orrt illető legtöbb panaszra a galvanocauterrel válaszolnak. Ilyen okokra vezethető vissza *Silex* ama kijelentése, hogy ő könnyömlő-bántalmaknál az orr kezelésétől feltűnőbb hasznót ritkán látott. Sok még a tenni való; számos gyakorlatilag fontos, tudományos szempontból érdekes kérdés még tisztázásra vár. Eme kérdéseket csak a szemorvosok és rhinologusok együttműködése oldhatja meg.

Ektogen eredetű panophthalmitis gyógyult esete.

Közlő: *Vajda Géza* dr., a *Imre József* dr. főorvos vezetése alatt álló „Erzsébet-szemkórház” segédorvosa, H.-M.-Vásárhelyen.

Az igen rossz prognosztis nyújtó iridochorioiditis suppurativa lényegét az érhártya gyuladása folytán termelődött, az érhártya és ideghártya között felhalmozódó, sőt az ideghártyán túl az üvegtestet is elözönlő geny képezi. Ezen genyes exsudatum következtében — akár kiürült az a szemgolyó burkainak áttörése után, akár benn maradván a szemgolyóban, organizálódott — olyan súlyos ideghártyai elváltozások jönnek létre, a melyek a látás tökéletes elvesztését okozzák. Az irodalomban található néhány, e — panophthalmitisnek is nevezett — súlyos betegség kórképe alatt lefolyt gyógyult eset. Ilyen, phthisis bulbi bekövetkezése nélkül, a látóképesség megmaradásával, tehát gyógyulással végződő panophthalmitis-eseteket irtak le *Morax*,¹ *Zimmermann*,² akik gonorrhoeát, *Rauschenbach*,³ *Imre*,⁴ akik rheumát tekintettek alapbetegségül. *Despagnet*⁵ 28 éves normalisan szült, gyermekágyi lázban fekvő asszonynál észlelt a gyermekágyi láz ötöd napján a jobb lábszár phlebitiséhez társuló, gyógyulással végződő iridochorioiditis suppurativát.

A gyógyult panophthalmitisek aetiologiáját tekintve, találunk eseteket, melyek endogen infectióból, vagyis a szervezet egyéb meglevő bántalmaiból (gonorrhoea, rheuma, febris puerperalis) eredve, az alap-megbetegedésnek csak egy tünetét képezik, de önállóan támadó, iridochorioiditis suppurativa kórképe alatt lefolyó, s gyógyulással végződő bántalmat közölve eddigelé nem találunk. Ennek okát talán abban a körülményben kereshetnők, hogy a szemgolyónak ily megbetegedése — elszigetelten az egyébként egészséges testben — külső sérüléshez társuló infectiót feltételez s míg az endogen eredetű esetekben néha csak az egyes betegségeket okozó, gyógyulásra hajlamosabb fajlagos hatányokkal, vagy a mikroorganizmusok által termelt toxinokkal van dolgunk, addig az ektogen eredetű infectiók eseteiben a kór közvetlen okozóiként magokat a fertőző mikroorganizmusokat találjuk, s ezek ellenében a legtöbbször tehetetlenek vagyunk, nem lévén képesek meggátolni gyors felszívódásukat és tovaterjedésüket.

A mikroorganizmusoknak friss sebeken át a szervezetbe jutására vonatkozólag *Noetzel*⁶ vizsgálatai alapján azt találta, hogy a bacteriumok — akár pathogenek azok, akár nem — 15, 10 sőt néha már 5 perc múlva a vérkeringésbe, ezáltal pedig a belső szervekbe is eljutnak. E szerint tehát a leggyorsabb segély is alig akadályozhatja meg, — ha egyáltalán a seb helyzeténél fogva megakadályozható — hogy a fertőzött seb útján az egész szervezet ne infectálassék. *Noetzel* vizsgálatai útján azonban azon vigasztaló eredményre is jutott, hogy a legvirulensebb bacteriumok sem okoznak megbetegedést, ha oly — aránylag véve nagyobb — tömegben jutottak is egy-egy egészséges helyre, hogy az életerős szövetek a támadásnak ellen bírván állani, a harcban a bacteriumok mennek tönkre, míg beteg helyre (pld. egy seb körülírt pontjára) jutva, a legesekélyebb mennyiség is fertőzésre képes. A bacteriumoknak gyors felszívódása a bármilyen ok folytán folytonosságukban megszakított véredények nyílt végein át történik. *Mündler*⁷ faágtól megütött bulbuson észlelt rögtön kitérő panophthalmitist, melyet a seben át felszívódott diplococcus lanceolatus okozott. *Bocci*⁸ egy esetében a centralis szarúfékelyből kiinduló genyedő szemgolyóbeli gyuladás már letális kimenetelű volt. A nagy fájdalmak miatt a 12-dik napon exenteratio bulbi végeztetett, s az erre következő 4-dik napon beállott az exitus laetalis

¹ A propos d'un cas d'irido-choroïdite suppurative terminée par la guérison. Annales d'Oculistique, 1895. október.

² Klin. Monatsblätter f. Aug. 1895. febr.

³ Klin. Monatsblätter f. Aug. 1894. szept.

⁴ Szemészet, 1896. 4. sz.

⁵ Deux cas d'irido-choroïdite suppurative par auto-infection. Recueil d. Ophth. p. 523.

⁶ Weitere Untersuchungen über die Wege der Bacterien-Resorption von frischen Wunden und die Bedeutung derselben. Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. 60. Heft. 1.

⁷ Ein Beitrag zum Studium des Diplococcus lanceolatus im Auge. Ziegler's Beiträge z. path. Anat. und allg. Pathol. XXII. S. 248.

⁸ Panophthalmite, exenteratio del bulbo, meningite cerebrospinale da diplococco di Fraenkel. Archivio di Ottalm. IV. p. 104.

meningitis cerebrospinalis tünetei közben, a mit a sectio is beigazolt. A halál után 4 óra múlva vett vérben, valamint később a cerebrospinalis exsudatumban diplococcusok találtak. Ugyancsak szaruhártyából kiinduló panophthalmitis halálosan végződő esetét ismerteti *Honsell*.¹ A 12 hetes gyermek agy- és mellhártyái izladyában, a szaruhártyában, a szemben található genyben mindenütt pneumococcusok vegyesen staphylococcusokkal és a szemben streptococcusokkal is voltak kimutathatók. Azonban nemcsak a már meglévő fertőzés tova nem terjedését, de sajnos, egy készítenő seb fertőző csiroktóli mentességét sem vagyunk képesek feltétlenül biztosítani. A kötőhártyának s a szaruhártyának — mint műtét területnek — megkivánandó aseptikussá tétele a finomabb szöveti szerkezet sérülékenysége miatt fogva olyan biztosan, mint a durvább kültakaró mechanikus és chemikus módon való megtisztításra alkalmas bármely része, nem eszközölhető. A *Wolkowitsch*² által eszközölt vizsgálatok eredménye szerint ugyan erre nincs is szükség. Ő ugyanis 30 egyén két szemének egészséges állapotban termelt váladékát különféle napszakokban ismételt vett bacteriologic vizsgálat alá, s bár csak 3 esetben volt a vizsgálat negatív, mégis, miután a talált 20-féle coccusfaj és 13-féle bacillusfaj — figyelmen kívül hagyva a 15 esetben talált különféle penészgombákat — egyike sem volt pyogen természetű, azt következteti, hogy egészséges kötőhártyán: 1. pyogen microorganismuskok soha sincsenek; 2. túlnyomóak a coccus alakok; 3. az egyes microbium-fajokra az évszakok befolyással vannak; 4. a lemezöntés módszerével 90%, míg mikroskoppal csak 70%-ban mutathatók ki a microbiumok; 5. ugyanazon eset ismételt vizsgálatánál mindig más és más fajok találtak, a miből azt következteti, 6. hogy az összes eddigi talált microbiumok csak esetleges leletek, s nem állandó lakói az egészséges kötőhártyának. Ellenkező eredményre jutnak *Uhthoff*³ és *Axenfeld*⁴, a kik különböző alakú szaruhártyák 68 esetében 38-szor találtak pneumococcusot, kevesebb számban egyéb coccusokat és bacillusokat. A szaruhártyák közül a typicus ulcus corneae serpens 34 esetében 25-ször találtak tiszta pneumococcus-infectiót, 8-szor egyéb microorganismuskokat (u. m. staphylococcus, xerobacillus) is, s egy esetben csak diplobacillus. Az ulcus corneae serpens e 34 esete közül 12 volt dacryocystitis-sel complicálva, a melyek közül az 5 megvizsgált könnytömlő váladék midegyikében, 2 esetben pedig tisztán csak pneumococcusok voltak kimutathatók. Nem esodálkozhatunk tehát a felett, ha ezen lelet alapján *Uhthoff* és *Axenfeld* azt állítják, hogy a pneumococcus a kötőhártyákon éppen oly gyakran található, mint a nyálban és orrváladékban. A *Wolkowitsch* következtetéseinek helyes volta mellett látszik bizonyítani a Hjort-féle⁵ nyitott sebbekezelés, a mely szerint a szemburkain áthatoló műtéteknél sem köttetik be a szem, hanem a könnynek, mint aseptikus sebmosó folyadéknak a szemhéjak pislogáskori mozgásai által fenntartott folytonos áramlására bízati a fertőző anyagok távoltartása. Ha azonban az *Uhthoff* és *Axenfeld* nézetét nem fogadjuk is el az egészséges kötőhártyára nézve a *Wolkowitsch* vizsgálatainak eredményei alapján, még ez esetben is tanácsosnak látszik a kötőhártyának a műtét előtti lehető desinfectiálása, ha a *Kastalsky*⁶ által ismertett 2 panophthalmitis esetet figyelembe vesszük, a midőn a gyulladás okozójául egy különben nem pathogen microorganismus, a bacillus pseudodiphthericus találtatott.

A most közlendő gyógyult panophthalmitis-eset nemcsak az eddig ismertettek számát szaporítja, de fontosságot nyer aetiologiájánál fogva, a mennyiben hályogkivonáshoz csatlakozott, vagyis ektogen eredetű.

Cz. Antalné, 62 éves, dorosmai napszámos neje, igen sovány, rosszul táplált, cachectikusnak látszó egyén, kinek mindkét oldali kötőhártyáin a lefolyt trachoma nyomaként szabálytalan lefutású, vékony hegektől képezett fehér vonalcskák láthatók. A bal szem trachoma

folytán régen megvakult. A szaruhártya kissé tágult, elhegesedett, itt-ott sárgás színű atheromatosus elfajulást is mutat. Jobboldalt: egészséges könnytömlő; halvány kötőhártya; a szaruhártya felső szélé alatt gerontoxonhoz hasonló alakú, behorpadt, kissé sárgás színű, keskeny, sarlóalakú, érdes felszínű heg látható; érett hályog; jó pupilla-reactio; jó fényérzet; kissé puha szemgolyó. Az 1899. május 1-én felvett nő rendszeresen tisztogatott 6-dikig, a midőn az iridectomiával egybekötött extractio felül, a gerontoxonszerű heg és a sclera között fekvő tiszta corneában készített lebenyes sebet át történt meg. A rendszeren végzett műtét után az igen elvékonyodottnak bizonyult szaruhártya levő seb szélei tátongyva maradtak. Másnap 7-dikén este szemének viszketéséről panaszkodott a beteg. A viszketés érzete a szemrés kilocsolása után szűnt, s a szem újra bekötött. Bár ekkor még a szemgolyón és környezeten elváltozás észlelhető nem volt, mégis a rosszul töltött éj után, 8-dikén reggel a felső szemhéj már vizenyős volt; a szemrésben genyes váladék és a duzzadt sebszéleken szürkés infiltratio mutatkozott; e mellett a csarnokvíz ammyira zavaros volt, hogy a szűk láta alig volt kivehető. — Ordin.: jodtrichloridás szemvízzel kiöblítés után a sebzugok mellett két oldalt a kötőhártya alá Hydrargyrium bicianatum 1 pro mille oldatából 0.1—0.2 cm³-nyinek befecskendése, 3-szor naponta 1 órai langyos meleg borogatás jodtrichloridás szemvízzel; utána atropin-beceppentés s gyakori szemrés-kilocsolás. 9-dikre virradó éjen át a heves fájdalmak photopsiák kíséretében mérsékelt láz mellett fokozódtak. Az erősen oedematosus szemhéjak mögött a sok genyes váladékkal fedett kötőhártya chemoticus; a kissé előre tolt bulbus nem mozgatható; a sebszélekről az infiltratio lejjebb terjedt; a csarnok egészen genyenyei telt. Ord.: újabb injectio a kötőhártya alá.

10-dikén a kötőhártya és a szemhéjak vizenyős duzzanata csekély apadást mutat; szaruhártya infiltratioja nem terjedt; váladék bő. Ord. ugyanaz. — 11-dikén szemhéji vizenyő apad; szaruhártya infiltratio megállapodott; közérzet csekély fokban javult. Ord. u. az. — 12-dikén a felső szemhéj, úgy szintén a kötőhártya még oedematosus, a szaruhártya azonban tisztul. Ord. u. a. — 13-dikén a szem mozgatható, fájdalom nincs. Különböző status idem, ord. eadem. — 14-dikén a felső szemhéj és a kötőhártya még oedematosus; secretio csekély; szaruhártya és csarnok infiltratiótól s genytlől ment; a pupilla területében aludt vér. Ord. subconj. inj. kimarad; 3-szor naponta meleg borogatás, atropin és 1—2 gramm natrium salicylicum. — 15-diktől 18-dikáig status idem, ord. eadem. — 19-dikén: kötőhártya még mindig duzzadt; a külső sebakak vastagok, tátongyok; váladék csekély; pupilla területén aludt vér. Natrium salicylicum kihagyatik a borogatással együtt. — 27-dikén távoztakor a kötőhártya még mindig duzzadt és vörös a seb körül, míg a bulbus körzetén tetemesen halványabb. Váladék alig van; szaruhártya átlátszó; a szírvérny szárazsága tisztán látható; a táguló pupillát aludt vér zárja el. T. n. Kézmozgást lát.

4 hónap múlva újra jelentkezett. Ekkor ujjakat olvasott 1 1/2 m.-ről. Vastag secundáriájának discissioja végett újra bejövetelet várjuk.

Ez esetben tehát a panophthalmitisnek teljesen kifejezett kórképe volt a szemünk előtt. Megvolt a nagyfokú palpebralis és conjunctivalis oedema, a genyes secretio, a genyesen infiltrált szaruhártya, a csarnokot kitöltő hypopyon, az előre tolult szemgolyó mozgathatlan volta, a láz és a rendkívül heves fájdalmak. A 8-dikén és 9-dikén alkalmazott 3 subconjunctivalis injectio által sikerült a genyedés terjedésének gátat vetni, a mit az igen feszes szemhéjaknak apadó vizenyője és a szaruhártya genyes beszűrődöttségének megállapodása jelzett. A további 4 napon alkalmazott 1—1 befecskendezésnek eredményeképpen a genyedés megszűnt, úgy hogy 14-dikén az injectio kihagyatott, s a napjában 3-szor alkalmazott meleg borogatás és atropin beceppentéseken, továbbá a szemrés gyakori kiöblítéseivel kívül a gyulladásos termékek felszívódásának siettetése céljából Natrium salicylicum (3-szor nap. 1—1 gr.) rendeltetett, s 5 napon át adagoltatott. 19-diktől távoztáig (27-dikig) csak a csekély nyálkás váladék elleni szemrés-locsolásból és naponta egyszeri atropinozásból (a pupillát elzáró aludt vér miatt) állott a gyógykezelés, a minek otthon még két héten át leendő folytatását adva utasításul, a beteget jó közérzettel elbocsátottuk. A 3 hónap múlva jelentkezett patients ujjakat olvasott 1 1/2 m.-ről; ezen körülmény azon kilátással kecsegtet, hogy a vastag secundária később eszközendő discissioja kielégítő eredményű lesz, úgy hogy a 62 éves napszámos asszony az ő viszonyaihoz mérten jó látóképességgel fog rendelkezni. Sajnálatos körülmény, hogy a kórházi laboratorium még hiányos felszerelése következtében a kórokozó microorganismuskokat illető vizsgálatot nem végezhetünk. De akármely fajta pyogen microorganismus volt is okozója jelen esetben a súlyos fertőzésnek, feltételezzük, hogy a kedvező lefolyás előidőzésében a Hydrarg. bicianatummal eszközölt subconjunctivalis injectióknak részük van, s azt hisszük, hogy ha ezen injectiók a seb körüli vérkeringés élénkítése, tehát az anyagcsere javítása és így a szervezet ellenálló képességének fokozása által a szervezetet a microbiumok elleni küzdelemben nem támogattuk volna, úgy ez esetben is a panophthalmitis képét nyújtó megbetegedésnek phthisis bulbi lett volna a vége.

¹ Ein Fall von Pneumokokkeninfection des Auges. Arbeiten a. d. path.-anat. Institut zu Tübingen, herausgegeben v. Baumgarten. II. Lieferung. 2.

² Beitrag zur Bacteriologie der gesunden Augenbindehaut (k woprosu o bacteriologii sdorowoi sojedinitelnoi obolotschki glasa), Wratsch. XVIII. 27. p. 485 u. 18. p. 558.

³ 4 Weitere Beiträge zur Bacteriologie der Keratitis des Menschen, insbesondere der eiterigen. V. Graefe's Arch. f. Ophth. XLIV. 1. S. 172.

⁵ Offene Wundbehandlung bei Augenoperationen. Centralbl. f. prakt. Augenheilk. Mai. S. 138.

⁶ Beitrag zur Aetiologie der Panophthalmitis (k aetiologii panophthalmita). Westnik ophth. XIV. 4. u. 5. p. 359.

IRODALOM-SZEMLE.

Az átöröklődő szembajok.

(Összefoglaló szemle.)

A mióta *Jendrassik Ernő*¹ azon kriteriumokat felállította, a melyek alapján átöröklődő idegbajokról beszélhetünk, a külföldi és a hazai szemészeti irodalomban több olyan közlés jelent meg, melyek áttekintése felfogásunkat tisztázza, ismereteinket gyarapítja. Az öröklött látóidegsorvadásról e folyóirat hasábjain *Leitner Vilmos*² értékes adatokat közölt, *Vossius*³ és *Hormuth*⁴ ugyanezen tárgyról kimerítően írtak. *Jendrassik* jelei a következők: „1. A más bajokban egyedül nem maradó kórtünetek önálló előfordulása vagy sajátságos, szokatlan társulása más bajokban együtt nem igen előforduló tüneteknek: rendszerint átöröklött alapon fejlődik ki.

2. A bántalomnak bizonyos fokig előhaladó jellege, eleinte gyorsabb kezdettel, majd igen lassú előhaladással, sőt változatlan állapotban megmaradása.

3. Egyes ilyen kóralakokban a szülők közeli rokonsága. — Misem bizonyítja jobban ezen jelek általános értékét, mint az, hogy az átöröklő szembajokra is reáillenek. A szembajok nagy számában játszik az öröklés szerepét. *Vossius* joggal mondja, hogy e tekintetben a házi orvosoknak bő tapasztalatuk lehet. A glaucoma, a szürke hályog, a kancsalság, a szintévesztés, a farkas-sötétség, az astigmatismus, a látóidegsorvadás egyes családokban honos. Sok bajban főleg a férfiak szenvednek, a nők pedig közvetítik, egyes generációkat át is ugranak. *Nolte* szerint az öröklés legállandóbb a retinitis pigmentosa és a cataracta congenita eseteiben. Különös fontosságú az öröklődő szembajok közül a látóideg azon bántalma, melynek első kimerítő leírását *Leber*⁵ adta. Akkor mindössze 4 család 15 beteg tagjáról szólhatott, azóta azonban az esetek nagy száma lett ismeretessé, úgy hogy *Hormuth* már 74 család 315 esetét állíthatta össze. A következőkben főleg ezen nagyfontosságú és szerfölött érdekes kórfolyamatról lesz szó.

Leber leírása lényegében ma is megállja a helyét: ugyanazon család több tagja rendszeren a pubertas korában minden kimutatható ok nélkül neuritis opticában megbetegszik. A bántalom gyorsan kezdődik, 4—6 hét alatt eléri tetőfokát, hogy azután állandó maradjon. A látás romlása centralis skotomában nyilvánul szabad széli látóterek mellett. Kezdetben enyhe neuritis tünetei találhatók, később részleges sorvadás. Főleg férfiak betegednek meg, de a nők közvetítik a bajt, a szülők vérrokonsága úgy látszik nem játszik szerepét. *Hormuth* megerősíti *Leber* adatait, a bántalmat mint neuritis retrobulbarist fogja fel, ennek tünetei voltak jelen a 74 család közül 70-ben, de elismeri annak lehetőségét is, hogy a bántalom mint progressiv sorvadás jelentkezhetik. *Leber* a bajt csak 2 generáción át követhette, míg ma már 6 generáción át is észlelték. Közvetlen öröklés csak 14%-ban fordult elő, a többi indirect. Az esetek 87%-a férfi volt, szemben a nők 13%-ával, de e mellett a nők a közvetítők. A beteg férfi fiúgyermekai egészségesek maradnak, sőt nem is közvetítik a bajt. Az idegrendszer kiséző zavarai közül főleg csak fejfájás, szédülés, szívdobogás, káprázás, fülzúgás fordultak elő. *Hormuth* 221 értékesíthető eset alapján azt találta, hogy a férfiak leggyakrabban a 16—26 évek között betegednek meg, míg a nők között aránylag gyakori a 41—49 évek között való jelentkezés is.

A bántalom keletkezésének módja felől eltérők a nézetek. *Graefe* congestiv hajlam örökléséből magyarázza, *Mooren* arteritis retinae gondolt, *Despagnet* meningitisre, *König* a csontfejlődés öröklődő anomaliáira. Az újabb nézetek a macularis köteg vele-

szülött gyengeségét s hiányos ellentálló képességét veszik fel, alkalmi okul *Habersohn* az alkoholt, a nicotint, a sexualis excessusokat említi, de ezek egészben véve csak ritkán mutathatók ki. A prognózis kedvezőtlen, mert bár teljes vakság nagy ritkaság, de épen olyan ritka a gyógyulás is, úgy hogy legtöbbször néhány méterről való ujjak olvasása marad vissza. A baj a gyógyításnak egészben véve hozzáférhetetlen, a *Leber* által ajánlott higanybedörzsölésektől sem várható számbavehető eredmény. *G. E.*

A myopiaellenes műtétek maradandó eredményeiről ír *Hippel* hallei tanár 184 általa operált és 1-től 6 évig ellenőrzése alatt állott szemén tett megfigyelései alapján. Ezek közt 11-nél állott be ablatio retinae, s ezek közt is 9-nél kérdéses, vajjon spontán vagy műtétből származott amotióval állunk-e szemben. 1747 nem operált myopiás szem közül 117 spontán ablatiót szenvedett = 6.7%, *Hippel* operált eseteiben pedig a százalék = 6%. Egy másik helyesebb statisztikai számítás szerint az operált esetek 4.3% a nem operáltak 4.0% ablatiót mutatnak. Ezek alapján szerző szerint az operatív beavatkozás nagyfokú myopiánál az ablatio esélyeit nem igen látszik befolyásolni. Ép oly kevésbé okozhatja a centralis chorioiditis felléptét vagy gátolhatja meglevő góczok gyógyulását, szintúgy elülső üvegtesti zavarodások sem hozhatók kapcsolatba a myopiaellenes műtétekkel.

A mi a glaucoma veszélyét illeti, szerző szerint csekélynek mondható, ő csak kettőt észlelt s a kellő időben végzett iridectomia itt is javulást szerzett. A cataracta secundariát *Esberg-Luer*-féle csipőollóval operálja kis limbusbeli linearis seben át. Magát a műtétet pedig 30 éven aluliaknál discissióval végzi, utólagos linearis extractio mellett iridectomia nélkül, 30 éven felülieknél lebennymetszéssel s iridectomia nélkül küszöbűli ki az átlátszó lencsét.

A látóélesség átlag egy év alatt szokta maximumát elérni. Teljes visust 166 eset közül 11-ben, 7/10-nél nagyobb 45-ben, 5/10-nél 53-ban és 3/10-nél nagyobb 48-ban, kisebbet 9 esetben ért el; 4 beteg nem jelentkezett, 11 ablatióban megvakult, egy infectióban, ötnék pedig centralis chorioiditisben romlott meg látása, egy pedig meghalt az első éven belül.

Mint sajátos jelenség említendő fel az ily operált szemeknek a hemeralopiára emlékeztető magatartása, mely egyeseknél csak a fény iránti adaptatio lassubodásában, másoknál valóságos torpor retinae nyilvánul.

Az állandó eredmény szempontjából fontos, hogy *Hippel* nagy időközökben eszközölt vizsgálatok dacára sem tudott egy dioptriánál nagyobb refractio-ingadozásokat felfedezni. Ez tehát a myopiás folyamat haladásának operatív megszüntetését jelenti; de a műtét beavatkozása teljesen közömbös még sem lévén, feltétlenül a nagyfokú myopiának azon eseteiben lehet javulva, hol a munkaképtelenség correctio üvegekkel meg nem szüntethető; — ellenben kisebb myopiánál, hol üveggel tűrhető állapotot teremthetni, az operatio nem volna megengedhető.

(*Graefe's Archiv für Ophthalmologie* B. XLIX. 2.)

Bradách Emil dr.

A nagyfokú rövidlátás operálása. *Silex* a következő korlátok mellett operál: 1. a myopia 16—17 D-nál nagyobb fokú legyen; 2. ha a myopia csak az egyik szemén van, s a másik emmetropiás, nem operál; 3. akkor sem, ha a másik szem vak; 4. friss chorioretinitis, vérzés a műtét halasztását teszik indokolttá, vannak, a kik ilyenkor is operálnak s néha baj nélkül; 5. a műtét akkor jogosult, ha üvegek nem javítanak eléggé; 6. ha elég látóélesség várható a munkaképességre; 7. a kor azonban nem akadály. Módszerül a discissiót s ha kell utána a punctiót gyakorolja. (*Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges*. III. évfolyam, 20. szám. 1900.) *G. E.*

Klinikai tapasztalatok a Haab-féle erős electromagnesssel. *Knapp* Hermanntól. A szerző röviden 15 Amerikában végzett esetről számol be, a melyet a Haab-féle electromagnesssel végeztek, azután saját tapasztalataiból 13 esetet közöl, a melyeket 4 csoportba oszt. Az első csoportba 2 esetet sorol, itt a vasdarab az elülső csarnokban van és a kivétel a behatolás helyén történik. Egyik esetében 25 éves egyénél vasdarab hullott a szembe, a mely a behatolás helyén az elülső csarnokban mint fekete pont látható.

¹ Az átöröklődő idegbajokról. Orvosi Hetilap 1896. 14.; 1898. 29.; A belgyógyászat kézikönyve VI. 994. o. 1900.

² Az öröklött látóidegsorvadásról. Orvosi Hetilap Szemészet. 1897. 3—4.

³ Ueber die Vererbung von Augenleiden mit besonderer Berücksichtigung der Neuritis optica infolge von Heredität und congenitaler Anlage (Leber). Beiträge zur Augenheilkunde als Festgabe ihrem hochverehrten Lehrer Prof. A. v. Hippel. Halle, 1899.

⁴ Beiträge zur Lehre von den hereditären Sehnervenleiden. Beiträge zur Augenheilkunde. 42. Heft. 1900.

⁵ Ueber hereditäre und congenital angelegte Sehnervenleiden. Archiv für Ophthalmologie XVII. 2. 249. 1871.

Iritis van jelen. $V = \frac{20}{20}$. 3 mm. hosszú, 2 mm. vastag vasdarab távolított el. Kötés, néhány napig ágyban tartás, atropin. Hat nap múlva a beteg eltávozik. $V = \frac{20}{20}$. A másik esetben szintén 25 éves egyénél január 27. vas jutott a szembe, látásélesség teljes a sérülés után. Kis magnessel hasztalan kísérlet, e közben a csarnok vérrrel megtelik, idegen test nem látható. Vér felszívódván, Haab-féle magnessel sem sikerül eltávolítani a vasszilánkot. Február 18-dikán fényérzése felül-belül hiányzott. A második csoportba osztja a) hol az idegen test szemtükörrel látható, nagy magnessel nem történt kísérlet, b) a hol vasdarab biztosan van a szemben, de a mágnes azt nem mutatja. Erre 3 esete van. Egyikben a vas a corneán, a pupillán, a lencsén hatolt át, a mágnes nem mutatja. Enucleatio. A vas a selerában erősen van beékelve az opticushoz közel. A második esetben $1\frac{1}{2}$ év óta van egy szög a szemben, a mely eddig békés volt. Tíz hét előtt kezdett fájdalmas lenni. Jelenleg irido-cyclitis, 2 mm. magas hypopium. Magnessel negativ lelet. Enucleatio. A mágnes a szemet erősen tartja, ha a hegycorpus ciliare mögött volt. Harmadik ide tartozó esetében subacut iridochorioiditis volt jelen, a hol a mágnes szintén hatástalan. Enucleatio. E három eset mutatja azt, hogy igen erős mágnes is képtelen az idegen testet kihozni, ha az erősen be van ékelve a szövetekbe. A harmadik csoportba egy esetet sorol, a hol a mágnes negativ eredményt adott, azonban vas volt a szemben és gyógyulás következett be. 30 éves egyén november 30-dikán sérült, azonnal fájdalmak, látásromlás állott elő. 5 nap múlva pericornealis vörösség jelent meg. Cornea ép, iris elmosódott, kevés hypopium. Cystoid cornealis heg. Visus $= \frac{1}{30}$. Kötés, atropin. Deczember 18-dikán elbocsátáskor $v = \frac{20}{200}$. Március 23-dikán ismét jelentkezett teljesen halvány szemmel $v = \frac{20}{30}$. A negyedik csoportba azon eseteket sorolja, a hol az idegen testet a Haab-mágnes jelezte és ki is húzta. Ide tartozik a többi hét eset. Ezen esetek közül az egyikben a látás a műtét után $\frac{20}{20}$ volt. a másik esetben, a hol egy 6 mm. hosszú, 3 mm. széles és 1 mm. vastag vasszilánk távolított el, gyógyulás következett be gyulladás nélkül $v = \frac{1}{8}$. Harmadik esetben a vaskivétel után 24 óra múlva panophthalmitis lépett fel, s 34 óra múlva enucleálni kellett a szemet. Negyedik esetben iritis, hypopium keletkezett a sérülés után, a mely az idegen test eltávolítása után megbékült, ötödik esetben inficiált vasdarab jutott a szembe, utána iridochorioiditis lépett fel, s eltávolítás alkalmával üvegtest esett elő. Hatodik esetben az idegen test eltávolítása után teljes javulás állott be. Hetedik esetben iridocyclitis volt jelen és a vasdarabot egy cornealis seben távolította el, mely után gyógyulás következett be.

Ezen esetekből a szerző arra a conclusióra jut, hogy a Haab-mágnes alkalmas különösen akkor, ha a vasszilánk az elülső csarnokban fekszik, a melyből, nevezetesen az üvegtestből is elég jól lehet eltávolítani az idegen testet, a nélkül, hogy nagyobb sérülést okozna a szemnek, főképen ha a corpus ciliare tájékát kerülik. Ha a mágnes a vasszilánkot már magához vonzotta, lehetőleg oly kis sebet készítsünk, hogy üvegtest ne essék elő, mert ablatio retinae gyakori következménye a magneses operatióknak, ha a szemüreget is megnyitottuk. (Archiv f. Augenheilkunde XL. 3.)

Gabler Lajos dr.

Nagy új alakú szemmagnessel tett kísérletről számol be Asmus dr. Düsseldorfból. A mágnes kétsarkú; egy középső patkóalakú részből és két szárból áll, utóbbiaknak elvékonyodó körülbelül 40°-ig egymáshoz közelíthető sarkaik vannak. Szükség esetén csak az egyik pólus is használható.

A mágnes egy mg.-os vasrészecskét $8\frac{1}{4}$ Ampère-áramerősség mellett, disznószem papillája szomszédságából egészen a szem egyenlítőjéig hozott; változatlan áramerősség mellett 2 mg. nehéz vasrészecskét 20 mm.-re, és 5 mg. nehezett 25 mm. távolságra vonzott. 10 mg. súlyút a papilla környékéről a mellő csarnokba húzott és végül sérült szemből vett 24 mg.-os vasrészecskét 28 mm. távolságból simán vont a sértetlen üvegtesten át. (Wiener med. Wochenschrift 1879. Nr. 5.)

Barlay János dr.

A holocain alkalmazása. Knapp a holocain értékéről következőkép nyilatkozik: a holocain éppen olyan erőlyes anaestheticum, mint a cocain, előnyei a következők: 1. gyorsabban hat,

1% oldat a szaruhártyát $\frac{1}{2}$ —1 perc alatt érzésteleníti, ezért a sebkezelés után az iris érzéstelenítésére is felhasználható; 2. a vérkeringést nem befolyásolja; 3. nem szárítja ki olyan nagyon a szaruhártyát. Knapp ezért a cocaint holocainnal helyettesíti, különösen idegen testek eltávolítása céljából dicseri. Fájdalmas szemgyulladások esetében a holocain alkalmazható, míg a cocain nem. Maga a holocain erőlyes antisepticum, ezért szemben a cocainnal nemcsak érzéstelenítő, hanem gyógyszer is. (Archiv für Augenheilkunde LX. 4.)

G. E.

A hideg és meleg borogatások hatása a szemhőmérsékére.

Hertel jeni magántanártól. Silex (1893) és Griese (1894) hasonló tárgyú munkáinak merőben ellentétes nézetei ösztökéltek szerzőt felderítő kísérlet sorozatának végzésére, melyről részletesen, s tabelláris kimutatásokat is mellékelve számol be. Méréseit a kevésbé megfelelő thermoelem helyett, erre külön konstruált hőmérővel végezte, részben emberen, s részben házi nyulakon.

Kísérleteit 0°, 15° és 55° hőfokú vízzel végezte $\frac{1}{4}$ percenként változtatott compresssek segélyével. A conjunctivászák hőmérséke 0°-nyi borogatásnak $\frac{1}{4}$ -ed órai alkalmazásánál maximális 4°-al, 15°-nyi borogatásnál maximális 2°-al esett, 55°-nyinál pedig legfeljebb 1°-al emelkedett.

Vizsgálatának eredményei ekként összegezhetők.

Állandó hőfokú folyadékok ugyanegy idő alatt egyenlő maximális (hőemelő vagy süllyesztő) hatást gyakorolnak a conjunctivászák hőmérsékére, akár normalisak, akár alteráltak a vérkeringési viszonyok; s ha e hőhatások már beállottak utólagos keringési változások nem módosítják a fennálló hőfokot. Élő szövet hőfokát bizonyos maximumon túl emelni vagy süllyeszteni nem lehet, de ha a véráram hiányzik, e határértékek távolodnak egymástól. Általában a szövetek hőmérsékének külső faktorok által való növelése vagy csökkentése azoknak vezetőképességétől, valamint az edények idegreflectorikus szűkülésétől és tágulásától van függővé téve, s ez általános szabály a szemre nézve is érvényes. A fenti tapasztalati tények az orbita hőmérséki viszonyaira nézve is teljes mértékben fennállanak, s az orbitának a bulbusban kitünő hővezető közege akad, a mint ezt nyúlón végzett kísérletek igazolják. Ezek alapján Hertel feljogosítva érzi magát, hogy Silex-sel ellentétben Giese nézetét, mint helyeset, kísérleteinek pozitív eredményeivel támogassa. (Graefe's Archiv für Ophthalmologie XLIX. 1.)

Bradach Emil dr.

Új vizsgálati módszerek. Prof. Dimmer összeállítás. Hippel a fluorescint a Descemet-hártya endotheliának elváltozásai meghatározására használta fel. Ha kísérleti állatoknál kampóval megsértjük a Descemet-hártyát s a conjunctivászákba fluorescint csepegtünk $\frac{1}{2}$ —1 perc múlva a sérülés helye zöldre festetik. Hippel kísérletei kimutatták, hogy a fluorescint nemcsak a sérüléseket, hanem a megbetegedett endothelt is megfesti, így pl. keratitis parenchymatosánál, és pedig úgy a betegség kezdetén, mint annak tovahaladásánál kapott zöldre festett helyeket, miből arra a következtetésre jut, hogy a keratitis parenchymatosus a hátsó corneafalból indul ki, s hogy primaer homály a csarnokvíz behatása útján áll elő. Még két érdekes esetet említ fel Hippel, melyek közül az egyikben buphthalmus congenitus, a másikban pedig veszületett cornealis homályok voltak jelen. Mindkettőnél a cornea mélyebb rétegeiben intensív zöld színeződést kapott, mit ő egy a cornea hátsó felületén lévő fekélyből (ulcus internum) magyaráz, s ezzel kapcsolatban utal arra is, hogy keratoconusnál ezen eljárással, esetleg annak korai stadiumában lehet majd endothel elváltozásokat kimutatni, s ezzel Panas és Elschmig nézetét támogatni.

Thorner azon eljárásokról értekezik, melyekkel tükrözésnél a cornealis reflexeket lehet kikerülni; ő e célra egy stabil szemtükört szerkesztett, mely azon alapszik, hogy a fény a pupilla egyik felén lép a szem belsejébe, s a szemfenékről reflektált fény a pupilla másik felén hatol ki. Az ekkép szerkesztett tükrrel tényleg teljesen cornealis reflex nélküli kép nyerhető, melynek nagysága megfelel egy egyenes kép nagyságának.

Neustätter egy új skiaskopót hoz javaslatba. Az egész eszköz egy rúdból áll, melyen oldalt karikák vannak elhelyezve az üvegek befogadására; az egész szerkezet egy fél meter hosszú

szalaggal van ellátva, mely ismét egy gyűrű segítségével a szemtükörrel kapcsolható össze.

Barkan tanár ajánlatára a Zeiss cég egy új binocularis stereoskopikus cornea mikroszkopot hozott forgalomba. Szerkezetére nézve az egész nem más, mint egy Greenough és Braus-Drüner-féle stereoskopikus praeparáló mikroszkop. A legerősebb objectiv és oculárral 28 mm. távolságról 63-szoros nagyítás érhető el vele.

Weiss az általa a heidelbergi congressuson bemutatott celluloid szemüvegeket ajánlja. Különböző színekben készülve jól használhatók kettős képek vizsgálatánál és kancsalok látóterének felvételénél.

Nagel a színvaktságról értekezik. Értékezésében a Kries által ajánlott elnevezéseket használja és pedig protanopia-t a vörös, deuteranopia-t a zöld és tritanopia-t az ibolya színvaktságra. Beszél továbbá a Holmgren, Stilling, Pflüger, Daae-féle próbákról, melyek között szerinte legtöbbet a Holmgren-féle pamutmethodus ér. Végül két általa felfedezett methodust ajánl. Az egyik eszköz egy Auer-féle égőből áll, melynek fénye egy tejüveg és két félkör alakú kivágáson át halad. Ezen két kivágás mögé színes üvegek applikálhatók, azonkívül a fény intenzitása is szabályozható. Szerinte ezen eszközzel a színvaktság $\frac{1}{2}$ —1 perc alatt biztosan meghatározható. Nagelnek másik módszere abban áll, hogy az általa szerkesztett táblákon, melyeken gyűrűalakú színes foltok vannak, a vizsgálandó egyén egyrészt megmutatja a vörös foltokat, másrészt az egymáshoz hasonlókat.

Kröger egy új eljárást ajánl a simulánsok leleplezésére. Ő a Snellen-féle táblákhoz hasonló táblát szerkesztett, melyeken az egymásnak megfelelő sorokban levő betűk successive kisebbeknek. Az egyén, ki elé egy-két napi időközökben helyezzük a táblákat, mindig ugyanannyi sort fog olvasni, a mivel azonban kisebbek lévén a betűk, mindig nagyobb látásélességről tesz tanúságot. (Zeitschrift für Augenh. 1900. 1.) *Török Ervin* dr.

A látóidegfő megbetegedéseiről a sklerosis multiplex korai stadiumában *Bruns* dr. és *Stölting* dr.-tól. A sklerosis multiplexnél lefolyó látóidegfő megbetegedések rendkívül változó képet mutatnak. A megbetegedés néha hirtelen lép fel s gyorsan emelkedik a legmagasabb fokig, máskor ellenben csak nagyon lassan jelentkezik. Rendszerint csak az egyik szemet éri, ritkán a kettőt egyszerre. Gyakori az, hogy előbb az egyik szem betegedik meg, s csak később, ha az első már lényegesen javult, támadhatik meg a másik is. Szemtükreleg a kép vagy egy papillitis, vagy egy neuritis retrobulbarishez hasonlít, mindakettőből azonban később egy diffus vagy partialis opticus atrophia fejlődik ki.

A látás élesség, mely kezdetben nagy fokban leszállyított, gyorsan javul sokszor a teljes visusig. Scotomák és pedig centralisak, peripherikusak, absolutak és relativák elég gyakoriak, később azonban rendszerint teljesen eltűnnek. Jellemző végül az, hogy a papillán látható atrophikus jelenségek, nagyon gyakran fordított viszonyban állanak a látás élességgel, a mennyiben kifejezett atrophia mellett csak kis fokban leszállyított visust és viszont normalisnak látszó papilla mellett súlyos amblyopiákat találunk. Szerzők 13 általuk észlelt esetet közölnek, s egyszersmind megemlítik, hogy 70, általuk sklerosis multiplexnek diagnosztizált, eset közül 21-ben (30%) találtak látóideg megbetegedést. A megbetegedés az esetek nagyobb számában papillitis, s csak a kisebb számban neuritis retrobulbaris képét mutatta. Az idő, mely ezen és a tipikus sklerosis symptomák között eltelt 3—12 év között ingadozott. Végezetül pedig arra az eredményre jutnak, hogy a sklerosis multiplex diagnosisa biztosra vehető akkor, ha egy betegnél a végtagok spastikus paresise van jelen, melyet hosszabb idővel előbb látóideg megbetegedés előzött meg. (Zeitschrift für Augenh. 1900. 1—2.) *Török Ervin* dr.

Dissociált szemizombénulások. E cím alatt megírt cikkében *Kunn*, bécsi magántanár, külön választja azon bénulásokat, melyeknél az ép izmok associált mozgásai változást nem szenvednek, azon bénulásoktól, melyeknél az egyébként épen maradt többi izmok associációjában zavar mutatkozik. Ezek megjelölésére a „dissociált bénulások“ nevet ajánlja. A dissociatio lényege az, hogy az egyik szem oly mozgásokat ír le, melyekben a másik nem participál annak dacára, hogy — a bénulástól el-

tekintve — arra képes volna. *Kunn* összefüggést keres és talál is a jelzett bénulások és a tabes között, a melynek kórisméje az általa leírt 6 eset közül 4-ben bizonyos, az ötödiknél pedig tabes paralysis van jelen s a hatodiknál, ha nem biztos, de legalább is valószínűnek látszik a tabes jelenléte. (Beitrag zur Augenheilkunde 1899. 41.) *Braddich Emil* dr.

VEGYESEK.

— *A trachoma ügye* a közéletben ismét alaposabb megvitatást tárgyal képezi. A képviselőház folyó évi február hó 17-dikén tartott ülésében *Major Ferencz* dr. a közegészségügyi egész területét befoglaló beszédet mondott, melynek folyamán a trachomáról következőképpen nyilatkozott:

„Ezek után áttérek egy másik fontos közegészségügyi kérdésre és ez a trachoma ügye. Ez a betegség évről évre óriási növekedést mutat. 1892-ben volt az országban 18,042 trachomás beteg. A gyanusak száma volt 12,106. Már 1894-ben volt 24,228 beteg és gyanus 7315, 1896-ban 27,672 beteg, gyanus 7935; 1898-ban volt valódi trachomás 30,797 és gyanus 6945. Nem akarom ezzel azt mondani, hogy a trachoma ellen nem történik intézkedés, hisz van trachomafelügyelő; az végig járja az országot, vannak trachoma-kórházak is és az egyes körorvosok is meg vannak bízva, hogy a trachomásokat kezeljék. Nagyon sok történet tehát e téren, de az a baj, hogy nincsen meg az, a minek meg kellene lenni és azért nincs módunkban, hogy a betegek létszámát apasszuk. A ki évek hosszú során át a közigazgatás szolgálatában álltam, meg fogom rajzolni a praktikus megoldást.

Mi kell ahhoz, hogy a trachoma megszűnjék? Először is bizalom kell a népben azon intézkedések iránt, melynek alá kell, hogy magát vesse. A másik az, hogy igazi szakértőknek kell állniok a nép rendelkezésére; harmadszor kell, hogy kellő számban legyenek kórházak, hol azok kezelhetők, kik feltétlen kórházi kezelést igényelnek; továbbá kell, hogy egyöntetű, körültekintő legyen a trachoma elleni védekezés és ezen cél elérésére az első lépés az, hogy mindazon szakértőket, kik ezen a téren munkálkodtak, összehívjuk egy enquétre, hol mindenki előadja tapasztalatait nemcsak a gyógykezelésre és annak eredményére, hanem azon apróbb körülményekre nézve is, melyek a gyógykezelés sikerét meggyújtják. A mai intézkedés már csak azért sem tökéletes, mert egy és ugyanazon egyén, bármily elismert szakférfi is legyen e téren, egy személyben a panaszos, a panaszhallgató, az ítélkező, a tanító, az aktaelintéző, egy szóval minden. Már pedig ilyen fontos intézménynél határozottan kell, hogy a szakembereknek egész sorozata álljon rendelkezésünkre. A belügyi kormányzatnak azon intézkedése, hogy felvesz szigorú orvosokat és azokat két-három heti cursus után alkalmazzák, nem tartom megfelelőnek. Hiszen, ha nem igazi szakemberek keze nyúl ahhoz, akkor a gyógykezelés maga veszedelmesebb, mint a betegség. Lehetséges-e, a mint az ma legnagyobb részben divik, hogy egy körorvos, a ki ezer teendővel van elfoglalva és ki sok községében még körorvosi teendőit sem győzi, megbizatik 200—400 trachomás beteg kezelésével? Ezen betegséghez nagyfokú szakértelem kellene, mert nem mindegy, hogy ezen betegség melyik stadiumában minő kezelést alkalmazunk. A létező kórházak sem elégségesek, hiszen lehetetlen, hogy a kórházak, a melyekből hat van 126 ágygyal, 30,000-nél több trachomás betegeknek elégségesek legyenek, a mikor a trachomás betegeknek majdnem tíz százaléka igényel kórházi kezelést. En részéről azt merem javaslatba hozni, hogy a nép bizalmának helyreállítása végett, a mely már nagyon megingott olyan vidékeken, a hol a trachoma igen elterjedt, szemkórházakat kellene felállítani, hogy azok a szem-betegek, a kik operatio útján, pl. hályognál és más betegségekkel egész biztossággal kezelhetők és szemük világát visszanyerhetik, biztassák a többi arra, hogy bizalommal menjenek be a kórházba. Ha ilyen szemkórházakat állítunk fel és oda szakembereket küldünk, akkor a trachoma-betegeknek egész serege fog tudni bizalommal a kórházba, holott most retteg a kórházba való bemeneteltől. De másrészt lehetséges az, hogy 4—5 községből a trachomás betegeket berendelik bizonyos napokon egy központba, tél idején, úgy hogy jó részük nem is mehet be. Vajon célszerű dolog-e összezsúfolítani trachomás betegeket a tizedik faluból egy helyre? Szükséges, hogy a községben legyen egy ambulans szoba, a hol minden héten szükség szerint az orvos megjelenik a szembetegek kezelésére, s ott neki minden kéznél van és így feladatát teljes precizitással végezheti.

Széll Kálmán a belügyministerium vezetésével megbízott miniszterelnök *Major Ferencz*nek a trachomáról szóló észrevételeire a következőkben válaszolt: „En is azt tartom, hogy mindent el kell követni, a mi lehetséges, a trachoma, ezen igen veszedelmes, ezen igen makacs, igen kellemetlen ragályos betegség meggyűltására. En körülbelül elvileg egyetértek azzal, a mit a t. képviselő úr mondott, hogy jó lesz ez ügyet komolyan és anquéteszerűen vizsgálat tárgyává tenni: azzal is egyetértek, hogy egy sanatorium felállítására is kell törekedni — ez volt a másik; — azzal is, a mit harmadsorban mondott, hogy szakemberekkel kell a kórdezt kezelteni. S ott, a hol a községek nem bírják, államivá kell tenni a kezelést. Erre vonatkozólag természetesen a lehetőség határain belül azt az álláspontot foglaltam el, hogy, a hol a községek nem bírják vagy túl lennének terhelve, — mert ez egy lokális baj, a mely azonban nagy terjedelmet ölthet, a sűrű forgalom által előidéztet érintkezés folytán, különösen az újonczok behívása teszi lehe-

tővé a terjedést, s így közveszélyes, ragályos természetű betegséggé válhatik — én az állami hozzájárulást, sőt a költségek állami fedezését indokoltan tartom és elvileg nem is riadok vissza ettől a lehetőség határain belül.

Hogy ebben az irányban járunk el, erre nézve méltóztassék kegyesen figyelmükre méltatni, mi történt az utóbbi időben. Negyven trachoma-orvos működik kint évenként, átlag 16 körorvos képezte ki, jutalomban részesült 28 orvos, állami trachoma-kórház van 9, a szakértő közegészségügyi felügyelő Budapesten két tanfolyamot tartott, melyen 76 orvos vett részt, Szabadkán pedig 24 orvos, összesen tehát 100 orvos nyert gyakorlati és elméleti kiképzést. Ezen a téren tovább menni és rendszeres és szélesebb alapokra fektetni az eljárást igen szívesen hajlandó vagyok és tenni is fogom, ha lehetséges, ebben az irányban is.

Az *Országos Orvos-Szövetség* is foglalkozott a trachoma kérdéssel. Még a nagyvárad kongresszus elfogadta *Burtik Győző* bács megyei községi orvos elaboratúráját. Ennek alapján *Flesch Nándor* a kormányhoz intézett felterjesztés tervezetében a trachoma ügyét is beillesztette. A tervezet ezen része a következőképp szól: „A trachoma ügye a községeken. A trachoma elleni eljárás közigazgatási tekintetben jelenleg a következők:

Elmellőzve az állami trachoma-kórházak s állami trachoma-orvosok működésének ismertetését, csupán a községi orvosokra vonatkozó részleteket adjuk elő.

Az 1886: V. t.-cikk s azt megelőző s követő BM. rendeletek alapján, a trachomások évről évre összeírtnak a községeken. Az összeírás házról házra járva foganatosítottatik s nemcsak a trachomásoknak talált lakos neve, házszáma, életkora jegyeztetik fel, hanem azoknak a neve, házszáma és életkora is, kik nem trachomások. Tehát ez valószínű népszámlálás, mely azért sem vezethet eredményre, mert a helyes diagnózis garanciája hiányzik.

Ezen „általános összeírás” alkalmával megvizsgáltakon kívül, megvizsgálandók egyenként az iskolás gyermekek minden tanteremben, még pedig a mennyiben trachomásoknak találtatnának, havonként egyszer később is, megvizsgálandók a cselédek, midőn cselédkönyvet vesznek ki, nemkülönben a munkások, midőn munkásigazolványt váltanak, végül a hadkötelesek s tartalékosok, midőn bevonulnak s midőn hazajönnek is. Mindezen alkalmakkor jegyzőkönyvek szerkesztendők.

Az általános összeírás ősszel foganatosítottatik s midőn be lesz fejezve az összeírás, a beteglájstrom egyik példánya a község-házánál marad, másik az elsőfokú egészségügyi hatóságnak beküldetik, a többi jegyzőkönyv az iskolákban, illetve a község-házánál marad.

Az összeírás után, vagy még előbb, a nagy mezei munkák befejeztével, megkezdődik a gyógyítás. Ez tart aratásig egész éven át, hetenként legalább kétszer. Ennek tartama alatt a gyógyításra való megjelenés ellenőrzése végett, havonként vezetetik a „Trachoma-nyilvántartás”, a melybe minden egyes trachomásoknak a megjelenése bejegyeztetik. Ezenkívül havonként s félévenként egy-egy „Trachoma-kimutatás”-t kell betérjesztetni az elsőfokú egészségügyi hatóságnak.

Ezek a községi orvosok teendői nagyjából vázoltva a trachoma gyógykezelése körül.

Mindezen működésért, tehát az összeírásért és gyógyításért díjazásuk semmi.

Az egyes betegeket jóformán kötéllal kell a gyógyításra behúzni, tehát ezektől az orvos természetesen nem is kérhet díjazást.

A községek úgy okoskodnak, hogy ők nem rendelvén el orvosainak a trachomások összeírását s gyógyítását, tehát nem is fizetnek érte; másfél évtized óta tartó kínos huza-vonás után egy részük fizet valamit, más részük semmit. Az állam, a mely elrendeli s szigorúan megköveteli az itt leírt intézkedések pontos keresztülvitelét, — hát az állam a már 30,000-en felül levő trachomások gyógyítására pár év óta 6000 forintot vesz fel budgetjébe a községi orvosok részére, tehát jut egy betegre és egy évre 20 kr.;

Mindez ideig a községi orvosok zúgolódás nélkül s kötelességszerű megadással végezték ezen teendőket, de ez most már a legtöbbre nézve phisikai képtelenségé vált.

S ha nézzük az ezen elvek alapján már 1 1/2 évtizede elrendelt s keresztülvitt kényszer-gyógyítási eljárást, ugyan milyen az eredmény? Hisz még mindig szaporodik az országban a trachomások létszáma. A mi javulás történt is, bizonyára a régebben megkezdett s már 15 év óta felügyelet alatt álló területeken, az sem a népre s az orvosra egyaránt terhes kényszer-gyógyítás javára irándó, hanem ama körülménynek tudandó be, hogy most már a vidéken is elegendő számban vannak a trachoma-gyógyításban jártas orvosok s így a bajt szakszerűen tudják gyógyítani.

A munkával túlterhelt községi orvostól nem követelhetni, hogy sok türelemmel, vesződséggel évtizedek során át végezzék gyakorlatilag lehetetlen munkát, nem lankadó buzgalommal — lélekölő rubrikázással — ingyen. Azaz nem ingyen, hanem folytonos zaklatás s dorgálás ért. Mert mostanság ez az orvos bére. Ritka község az, mely nyújt valami alamizsnát érte az orvosának, az állam évi 6000 forintjából pedig jó, ha valamelyik községi orvosnak egyszer életében jut valami kicsi összeg.

De végtére is a trachoma elleni küzdelmet nem lehet egy csapással abba hagyni! De óhajtjuk, hogy mindazon kivihetetlen rendszabályoktól meneküljünk, a melyeknek úgy is alig van gyakorlati értéke.

A közigazgatási intézkedéseknek számolni kell a nép szükségletei s gondolkodásmódjával, e nélkül kivált közegészségügyi intézkedéseket életbeléptetni úgy, hogy az elérhető eredmény sikere biztosítva legyen — nem lehet.

A lakosságnak díjtalanul kényelmes módot kellene nyújtani, hogy magát gyógyíttassa; a hol a trachoma tömegesebben fordul elő, ott állami szemkórházak fellállítása, állami jól képzett szemorvosoknak a kellő számban kiküldése által, a hol kevesebb számban fordul elő, ott ám bizassék meg a községi orvos a gyógyítással, de ne legyen kényszerítve alamizsnát könyörögni a községtől vagy az államtól, hanem kapjon tiszteletdíjat.

Mint látható, *Major Ferencz* kartárs intenzívebb védekezést óhajt, a községi orvosok pedig a jelenlegi rendszer terheit s az ellenszolgáltatás csekélységét hangoztatják.

Örvendek, hogy mindinkább terjed azon felfogás, hogy a trachoma ellen való védekezés leghatalmasabb fegyvere: vidéki szemkórházak fellállítása. Ez azon álláspont, melyet *Imre József* 7 éve óta elfoglalt, s a mely mellett magam is ismételve kardoskodtam (legutóbb *Orvosi Hetilap*, *Szemészet*, 1899. 5. sz.). Az is helyes, hogy trachoma-orvosokul lehetőleg olyan orvos-doctorok nyerjenek alkalmazást, kik szemészeti klinikákon vagy szemészeti osztályokon mint gyakornokok, alorvosok vagy tanársegédek szolgáltak. Inkább kevesebb, de jobb képzettségű trachoma-orvos nyerjen alkalmazást (jelenleg 38 működik). De nem szabad felednünk, hogy a jelenlegi rendszernek nagy eredményei vannak. Az, hogy 1898-ban több trachomást mutattak ki, mint 1892-ben, még nem jelenti, hogy a trachomások száma szaporodott, hanem azt, hogy a vizsgálatok megejtésének arányában újabb és újabb góczokat fedeztek fel. Ismerve a feladat nehézségeit s az eszközök korlátolt voltát, a legnagyobb elismerés illeti meg a trachomaszolgálat hazai megteremtőjét és fíradhatatlan vezetőjét: *Feuer Náthán* tanárt.

G. E.

— A trachoma Poroszországban. *Hirschberg* a kormány megbízásából 1899-ben újból beutazta azon vidékeket, a melyeket 1896-ban trachomára megvizsgált. Tapasztalatairól a berlini orvos-egyesületben 1900. február 7-dikén tartott előadásában számolt be. 10 községet vizsgált meg s azt találta, hogy ott, hol az iskolák hygienikus viszonyait megjavították s ott, hol orvosi kezelést rendszeresítettek, a gyermekek közül tényleg kevesebb volt a trachomás, míg a hol a kezelést a tanító kezébe adták s a közegészségügyi viszonyok változatlanok maradtak, a betegség tovább terjedt. Több szakértő alkalmazását és kevesebb statisztika készítését sürgeti! A legszigorúbb rendszabályok, s a legnagyobb áldozatok csak egy emberöltő után mutathatnak eredményt. Az előadás után felszólt *Kirchner* s hangsúlyozta, hogy a kiküldött bizottság a magyar rendszabályok alkalmazását javasolta, de a kormány nem akarta a nagy költséget engedélyezni. Az állam eddig 800,000 márkát költött, de ő is azon nézetben van, hogy a baj kiirtása csak évtizedek czélutadatos munkássága által várható.

G. E.

— Az utrechti új szemészeti klinika. Az utrechti új szemklinika nem csak a gyógyítás és oktatás czéljait szolgálja, hanem egyszersmind *Donders* emlékének megörökítését is szándékolja. Az épületet németalföldi korai renaissance stílusban emelték. A díszes facadé-ot két torony határolja, a famunka művészi faragású, a felirás „Nederlandsch Gasthuis voor ooglijders”. A tanulóknak, orvosoknak, az ambulans betegeknek s a kórház látogatóinak külön-külön bejárásuk van. A kórtermek magasak, nagyok s széles folyosójuk van a betegek számára. A gyermekeknek külön kórtermek vannak, a II-dik emelet pedig kizárólagosan operatív esetek számára való. A járó betegek számára nagy helyiségek állanak rendelkezésre, s az épületnek igen nagy kertje van. Az egész klinika 137,000 forintba került (a hollandi forint körülbelül egyenértékű a mi forintunkkal); a telek négyzetmeterjeért 6 frtot fizettek; a díszes toronyóra és sok más dísz tárgy ajándék.

(Het Nederlandsch Gasthuis voor Behoeftige en minvermogenende ooglijders gevestigd te Utrecht 1899.)

— A szentpétervári szemkórház 75 éves jubileumát ülte. Az intézetnek 1 igazgatója, 3 főorvosa, 3 alorvosa, 4 főápolója, 8 ápolója s megfelelő cseléd személyzete van. Az intézet évi budgetje 33,000 rubel. A járó betegek száma 1898-ban 24,016 volt, a kórházban 1118 beteget ápoltak, ezeken 927 operálást végeztek, ezenkívül 2116 operálást járó betegekben. Mult év december 19-dikén az újonnan épült gyermekosztályt nyitották meg. A megnyitáson a kormány és hadsereg képviselői nagy számban jelentek meg. Az új osztálynak 12 ágya van 5 helyiséggel: előcsarnok, közös kórterem, nappali terem (játék- és étkező hely), külön szoba, fürdő és mellékhelyiségek. Ez osztály megnyitásával a curator *Nauwelow* herczeg és az igazgató dr. gróf *Magawly* újabb érdemeket szereztek.

G. E.

— *Nero* myopiájáról ismét vitatkoznak. *Hirschberg*, *Fukala* és *Pergens* után *Stillling* beható tanulmány tárgyává tette a dolgot s azon eredményre jutott, hogy *Nero* myopiás volt s a concav köszörlülési smaragdot éppen ezen fénytörési hibájának corrigálására használt.

G. E.

— Személyi hírek. *Guaita* tanár a florenzi egyetemre meghívást kapott. — *Mellinger* rk. tanárt a Baseli egyetem rendes tanárává nevezték ki. — A *Borysciekiewicz* halálával megüresedett gráci szemészeti tan-
székre első helyen ajánlották *Dimmert* (Innsbrucki r. tanár), második helyre *Birnbaehert*, harmadik helyre *aequo loquo: Bernheimert, Elschuig, Wintersteiner* docenseket. *Czermak* prágai egyetemi tanár a meghívást már előbb visszautasította volt. — *Michel* würzburgi tanár meghívást kapott a berlini egyetemen *Schweigger* nyugalmába vonulása által megüresedő tanszékre. — Gróf *Magawly* a szentpétervári szemkórház igazgatója nyugalmába vonul. — *Mitvalsky* prágai docens meghalt.